

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DIMENSÃO DEPRESSIVA DA PERSONALIDADE E
SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS: ESTUDO
COMPARATIVO ENTRE SEXOS**

Beatriz Alexandra da Silva Oliveira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DIMENSÃO DEPRESSIVA DA PERSONALIDADE E
SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS: ESTUDO
COMPARATIVO ENTRE SEXOS**

Beatriz Alexandra da Silva Oliveira

Dissertação orientada pela Professora Doutora Joana Henriques Calado

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2018

“Pensa: desde quando suportas o que não aguentas?”

Pedro Chagas Freitas

Agradecimentos

À Professora Doutora Joana Henriques Calado, pela sabedoria, orientação, atenção, compreensão e, sobretudo, paciência, perante todos os meus receios e desesperos ao longo deste percurso.

À Doutora Sónia Neves, por tudo. Por ser aquilo que eu não tive, e ainda não tenho. Por ouvir-me, sem crítica. Por acolher, cada angústia, cada insegurança, cada lágrima, cada riso, cada batalha, cada fracasso e, cada conquista. Por cada palavra. Por cada colo. Por cada esperança. Por ser importante, e continuar. Por ser a melhor e me fazer melhor. Um eu melhor. E mais feliz.

À minha mãe, por tentar estar, mesmo muitas das vezes não sabendo como. Ou qual a maneira certa.

À minha avó, por dar como se fosse dever. Não foi de sempre, mas é para sempre.

Ao meu pai, por tudo e nada.

Ao Gonçalo, por aprisionar cada fuga e iluminar cada escuridão. Por lutar comigo e por mim. Por estar. Em cada loucura. Cada dificuldade. Cada tristeza. Cada alegria. Cada etapa. Cada momento. E por um momento, caminharmos. Juntos.

A todos os meus amigos, porque mesmo ausente, continuaram.

Por fim, e não menos importante, a todos os que participaram nesta investigação.

Obrigada.

São cinco anos que terminam. Que trazem incertezas várias, mas que deixam uma certeza única: o pensamento já não suporta o que não aguenta, sustenta o que deseja.

Resumo

O presente estudo insere-se no âmbito da Psicologia Clínica e aborda a temática da Dimensão Depressiva da Personalidade (DDP) e dos Sintomas Psicopatológicos, entre Sexos. Esta investigação apresenta três objetivos principais: 1) estudar a DDP entre os Sexos, 2) analisar a relação entre a DDP, os Sintomas Psicopatológicos e o Sexo e, 3) explorar modelos de predição da DDP através dos Sintomas Psicopatológicos, para os Sexos. Face à escassez de investigação perante o conceito da DDP, este estudo contribui enquanto evidência empírica para a sua concetualização, elucidando sobre os Sintomas Psicopatológicos que lhe estão associados e qual a interação entre ambos com o Sexo, para a população portuguesa. A amostra é constituída por 333 adultos da população geral, dos quais 203 participantes são do sexo feminino com idade igual ou superior a 18 anos ($M = 40.67$ anos, $DP = 13.31$ anos) e 130 participantes são do sexo masculino com idade igual ou superior a 18 anos ($M = 41.74$ anos, $DP = 14.07$ anos). Os instrumentos de avaliação administrados foram o Inventário de Traços Depressivos (ITD) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Não foram encontradas diferenças na DDP, entre os Sexos. A DDP relaciona-se diretamente com a generalidade dos Sintomas Psicopatológicos para ambos os Sexos. As mulheres que evidenciam Depressão de Fracasso, Perfeccionista e Relacional manifestam maior Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão e Ansiedade; enquanto os homens que evidenciam Depressão Essencial manifestam maior Hostilidade e Psicoticismo, e os que evidenciam Depressão Inibida manifestam maior Psicoticismo. Destacam-se diferentes padrões de Sintomas Psicopatológicos preditores da DDP: nas mulheres, são os sintomas Obsessões-Compulsões ($\beta = .60$), Ideação Paranóide ($\beta = .16$), Ansiedade ($\beta = .33$) e Ansiedade Fóbica ($\beta = -.21$), que explicam 80% dos resultados; nos homens, são os sintomas Obsessões-Compulsões ($\beta = .72$), Ideação Paranóide ($\beta = .34$) e Sensibilidade Interpessoal ($\beta = -.19$), que explicam 76% dos resultados. Esta investigação possibilita a compreensão do modo como a DDP se manifesta tendo por base sintomas de psicopatologia díspares relativamente a mulheres e homens, com implicações ao nível da prevenção e intervenção psicológica, a fim de melhorar a saúde mental na população normativa.

Palavras-Chave: Dimensão Depressiva; Psicopatologia; Diferenças de Sexo; Personalidade; Psicologia Clínica.

Abstract

The present study fits into Clinical Psychology, debating issues such as the Depressive Dimension of Personality (DDP) and Psychopathological Symptoms between Sexes. This research has three main objectives: 1) to study DDP between the Sexes, 2) to analyze the relationship between DDP, Psychopathological Symptoms and Sex, and 3) to explore predictive models of DDP with Psychopathological Symptoms for the Sexes. Given the present lack of research on the concept of DDP, this study greatly contributes as empirical evidence for its conceptualization, while also shedding light on the Psychopathological Symptoms most associated with it and the interaction between them and Sex, for the Portuguese population. Its sample consisted of 333 adults from the general population, of which 203 were female participants, aged 18 years or over ($M = 40.67$ years, $SD = 13.31$ years), and 130 were males, aged 18 years or over ($M = 41.74$ years, $SD = 14.07$ years). The evaluation instruments used to assess the variables were the Inventory of Depressive Traits (ITD) and the Brief Symptom Inventory (BSI). For the DDP, no differences were found between Sexes. The DDP was also directly related to most of the Psychopathological Symptoms for both Sexes. However, women who evidenced Failure, Perfectionist, and Relational Depression also manifested greater Somatization, Obsessions-Compulsions, Interpersonal Sensitivity, Depression, and Anxiety; on the other hand, men who evidenced Essential Depression, manifested greater Hostility and Psychoticism, and those who evidenced Inhibited Depression showed only greater Psychoticism. To conclude, different patterns of Psychopathological Symptoms predictive of DDP are highlighted: in women, Obsessions-Compulsions ($\beta = .60$), Paranoid Ideation ($\beta = .16$), Anxiety ($\beta = .33$) and Phobic Anxiety ($\beta = -.21$), explain 80% of the results; in men, Obsessions-Compulsions ($\beta = .72$), Paranoid Ideation ($\beta = .34$) and Interpersonal Sensitivity ($\beta = -.19$), explain 76% of the results. This dissertation makes it possible to better understand how DDP results in disparate psychopathology experiences, between sexes, with crucial implications for prevention and psychological intervention, in order to improve the mental health of the population.

Keywords: Depressive Dimension; Psychopathology; Sex Differences; Personality; Clinical Psychology.

Índice

Resumo	i
<i>Abstract</i>	ii
Índice	iii
Índice de Quadros	v
<i>Introdução</i>	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1. Dimensão Depressiva da Personalidade	3
1.2. Dimensão Depressiva da Personalidade e Sintomas Psicopatológicos	7
1.3. Dimensão Depressiva da Personalidade, Sintomas Psicopatológicos e Sexo	12
2. Objetivos e Hipóteses	16
2.1. Objetivos	16
2.2. Hipóteses	16
3. Método	17
3.1. Participantes	17
3.1.1. Caraterização Sociodemográfica dos Participantes do Sexo Feminino e do Sexo Masculino	17
3.2. Instrumentos	19
3.2.1. Questionário Sociodemográfico	19
3.2.2. Inventário de Traços Depressivos (ITD).....	19
3.2.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	20
3.3. Procedimento	21
4. Resultados	23
4.1. Exploração da Dimensão Depressiva da Personalidade entre os Sexos	23
4.1.1. Análise Comparativa entre o Sexo Feminino e o Sexo Masculino (Hipótese 1).....	23
4.2. Exploração da Relação entre a Dimensão Depressiva da Personalidade, os Sintomas Psicopatológicos e o Sexo	24

4.2.1. Análise das diferenças quanto ao Sexo na relação entre a Dimensão Depressiva da Personalidade e os Sintomas Psicopatológicos (Hipótese 2).....	24
4.2.2. Análise das diferenças quanto ao Sexo na relação entre os Fatores da Dimensão Depressiva da Personalidade e as Dimensões dos Sintomas Psicopatológicos (Hipótese 3).....	25
4.3. Exploração dos Modelos de Predição da Dimensão Depressiva da Personalidade através dos Sintomas Psicopatológicos para os Sexos	29
5. Discussão.....	34
5.1. Dimensão Depressiva da Personalidade entre Sexos	34
5.2. Dimensão Depressiva da Personalidade, Sintomas Psicopatológicos e Sexo	37
5.3. Modelos de Predição da Dimensão Depressiva da Personalidade através dos Sintomas Psicopatológicos para os Sexos.....	44
<i>Conclusão</i>	<i>48</i>
Referências Bibliográficas.....	52
Anexo.....	60

Índice de Quadros

Quadro 1

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Sexo Feminino17

Quadro 2

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Sexo Masculino18

Quadro 3

Coefficientes de Correlação de Pearson entre o Resultado Total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) e os Três Índices Globais dos Sintomas Psicopatológicos (Subescalas IGS, ISP, TSP do BSI) no Sexo24

Quadro 4

Coefficientes de Correlação de Pearson entre os Fatores da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) e as Dimensões Primárias dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) no Sexo Feminino26

Quadro 5

Coefficientes de Correlação de Pearson entre os Fatores da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) e as Dimensões Primárias dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) no Sexo Masculino27

Quadro 6

Resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla entre as Dimensões Primárias dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) e os Fatores e o Resultado Total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) no Sexo Feminino30

Quadro 7

Resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla entre as Dimensões Primárias dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) e os Fatores e o Resultado Total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) no Sexo Masculino32

Introdução

A presente dissertação encontra-se inserida num projeto de investigação que tem como objeto de estudo a compreensão do constructo psicológico que se encontra implícito a duas grandes temáticas: “Personalidade e Psicopatologia”, na população geral adulta, decorrente desde 2015 na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Este estudo tem três objetivos principais, pretendendo explorar: 1) a Dimensão Depressiva da Personalidade entre os Sexos, 2) a relação entre a Dimensão Depressiva da Personalidade, os Sintomas Psicopatológicos e o Sexo e, 3) modelos de predição da Dimensão Depressiva da Personalidade através dos Sintomas Psicopatológicos, para os Sexos.

Na idade adulta, o indivíduo pode reagir à perda, deprimindo-se (Coimbra de Matos, 2001). Prisioneiro de um passado sempre insatisfatório, vive relações atuais que nunca são suficientemente bem vividas, o que o leva a acumular frustrações, pois tem dificuldade em sentir prazer, sentindo-se vazio e num vazio (Coimbra de Matos, 2001).

Todavia, o que condiciona a resposta depressiva, em última instância, não é apenas o facto externo da perda de afeto ou o sentimento interno de vazio por ter sido afetivamente abandonado, é sim, a atitude do indivíduo que se deprime (Coimbra de Matos, 2001, 2002). Desta forma, este estudo vai além do conceito de depressão, tão utilizado na literatura, sobretudo psiquiátrica e psicanalítica. Vai sim, ao encontro do conceito de dimensão depressiva da personalidade que representa a encruzilhada entre a depressão e a personalidade, pois os dois conceitos se fundem num só. Trata-se de uma constelação de traços, que incluem o humor depressivo e todas as outras características (e.g., como a baixa autoestima, o pessimismo e a submissão), que se constituem como traços de personalidade crónicos e estáveis (Campos, 2009, 2015). Como tal, a presente investigação estuda a estrutura de carácter depressivo que o indivíduo depressivo apresenta e que forma as suas atitudes face ao seu percurso de vida.

Por sua vez, este trabalho de investigação ao estudar a depressão como uma exacerbação de traços e comportamentos normais que variam entre um humor afetivo ligeiro até uma perturbação psiquiátrica, deslinda por que é que muitos dos indivíduos que sofrem de depressão também apresentam outras perturbações e/ou queixas físicas associadas à mesma (Canavarro, 2007; Chakraborty, Avasthi, Grover, & Kumar, 2010; Zimmerman, Chelminski, & McDermut, 2002). Consequentemente, torna-se interessante compreender de que modo o mal-estar sintomático, indo desde um mal-estar psicológico

até a um mal-estar mórbido, se relaciona com a dimensão depressiva da personalidade. Inclusive, do ponto de vista (não) clínico, o presente estudo fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo depressivo, discriminando as diferenças entre os sintomas nos sexos.

Em suma, esta investigação pretende contribuir para a literatura enquanto evidência empírica sobre os tópicos supramencionados com o intuito de alcançar uma compreensão suficiente daquilo que é a dimensão depressiva da personalidade, dos sintomas psicopatológicos associados a esta e, do impacto que as diferenças de sexo têm na relação entre estes últimos. Estas compreensões poderiam contribuir para a melhoria de métodos científicos e terapêuticos, incluindo uma melhor capacidade de diagnóstico e melhor adaptação dos tratamentos oferecidos em saúde mental, à população geral adulta.

Este estudo está então organizado em sete secções. Após esta introdução, apresentar-se-á, na segunda secção, um enquadramento teórico que servirá de base de sustentação à investigação, onde serão abordados aspetos conceituais relativos à Dimensão Depressiva da Personalidade, aos Sintomas Psicopatológicos e à relação entre estas variáveis e o dado sociodemográfico Sexo. Seguidamente, na terceira secção delinear-se-á os objetivos e as hipóteses formuladas para o presente estudo. Posteriormente, descrever-se-á o método utilizado, mencionando os participantes, os instrumentos e os procedimentos compreendidos no estudo. Na quinta secção, patentear-se-á os resultados averiguados na investigação, e na secção seguinte, discutir-se-á os mesmos. Na última e sétima secção, expor-se-á as conclusões e limitações do presente estudo, assim como as implicações e sugestões para investigações futuras.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Dimensão Depressiva da Personalidade

A depressão é a doença da perda porque, do ponto de vista psicodinâmico, na origem da patologia depressiva está a perda afetiva na infância, a perda do amor do objeto, e o sofrimento que essa perda acarreta (Campos, 2009). A sensação de que falta algo embora não saiba muito bem o quê – tão típica do depressivo –, representa o afeto que não teve da sua mãe, pelo menos não da forma como desejou, que fez com que não se sentisse amado e admirado pelo olhar materno, objeto preenchedor do vazio (Coimbra de Matos, 2001).

Como resultado deste disfuncionamento relacional, o sujeito reagirá às perdas afetivas – que inevitavelmente ocorrem ao longo da nossa vida – deprimindo-se, o que levará a estruturar uma personalidade, dita depressiva, vulnerável a depressão clínica (Campos, 2009). Estudos distinguem dois estilos de personalidade que podem constituir fatores de vulnerabilidade/predisposição à depressão: a anaclítica e a introjetiva (Blatt, 1974; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982). Os sentimentos centrais na depressão anaclítica, segundo Blatt (1974), são o desamparo, a fraqueza, o sentimento de se esvaziar, o medo de ser abandonado e o sentimento de não ser amado, pois existe uma forte vulnerabilidade à perda do objeto e a sentimentos de solidão, abandono, rejeição e tristeza. O desejo principal é o de ser cuidado, protegido e amparado, e portanto há uma procura de satisfação, uma necessidade de ser amado e uma incapacidade de encontrar conforto (Blatt, 1974). Para Blatt (1974), o papel do objeto seria a sua capacidade de gratificação e de suprir as necessidades.

Já na depressão introjetiva encontram-se, segundo Blatt (1974), sentimentos de não ser amado e merecedor de amor, de desvalorização e culpa, pois existe um supereu severo, ideais muito rígidos, forte exigência e excesso de perfeccionismo, devido ao medo de perder o amor, aprovação e aceitação do objeto – e não à perda do próprio objeto como na depressão anaclítica. O envolvimento excessivo em imensas atividades é um mecanismo de compensação de sentimentos de inferioridade, culpa e vergonha por não ter estado à altura das expectativas do objeto, refletindo a atividade do supereu e a internalização de atitudes críticas e punitivas dos cuidadores (Blatt, 1974; Blatt et al., 1982; Blatt & Maroudas, 1992). Daí que tentativas de realização pessoal sirvam para obtenção de aprovação, reconhecimento e compensação de sentimentos de inadequação

e de insucesso, estando a capacidade de satisfação do próprio perturbada (Blatt, 1974; Blatt et al., 1982; Blatt & Maroudas, 1992).

Também Kernberg (1970, 1988), ao integrar numa visão psicopatológica os dois estilos de personalidade formulou, de um ponto de vista psicanalítico, a perturbação depressiva-masoquista da personalidade. Caracterizada por um supereu severo, uma forte dependência de suporte, amor e aceitação por parte dos outros e, dificuldades em expressar a agressividade, os indivíduos com este tipo de perturbação teriam um funcionamento do superego que os faria demasiado sérios, responsáveis, hiperconscienciosos e preocupados com o seu desempenho profissional, pois quando não conseguissem viver de acordo com as suas expectativas, deprimir-se-iam, perpetuando inconscientemente uma realidade externa que lhes confirmaria os sentimentos de serem mal tratados, humilhados ou usados (Kernberg, 1970, 1988). Todavia, Kernberg (1970, 1988) também afirma que estes indivíduos são muito sensíveis à possibilidade de se sentirem desapontados com os outros, deixando de lado os seus desejos e vontade própria para obter amor e simpatia por parte deles, desencadeando depressão aquando da perda do afeto, até porque a forma de lidarem com a agressividade é deprimindo-se – atacam os outros de que necessitam mas por quem se sentem rejeitados, deprimindo-se pela sua própria submissão e pela forma como foram tratados.

Indo ao encontro das características supramencionadas, Coimbra de Matos (2001, 2002) refere também três aspetos que definem a organização depressiva: a dependência oral-anaclítica, a insuficiência da compleição narcísica e a severidade do supereu. A forma de se relacionar de um depressivo é pela marcada dependência de um objeto protetor, pois devido à escassez de comportamentos de autonomia pelo medo de perder o objeto e pela ansiedade narcísica, a esperança no sucesso pessoal desaparece, procurando segurança na dependência (Coimbra de Matos, 2001). Esta organização leva a que o objeto internalizado se converta numa instância crítica castradora do eu, que origina culpa de forma a renunciar a concretização do impulso – conduta de desistência – e, comportamentos masoquistas com inflexão no próprio da agressividade e autopunição – conduta de castigo autoinfligido condicionada pela estrutura masoquista do eu e sadismo do supereu (Coimbra de Matos, 2001). Simultaneamente, existe um ideal do eu de exigência extrema que proporciona um perfeccionismo para fazer bem, levando o depressivo ao esgotamento pelo constante sentimento de incapacidade e medo de falhar (Coimbra de Matos, 2001).

Este esquema tridimensional possibilita a distinção de dois modelos clínicos de depressão: a anaclítica e a introjetiva. Segundo Coimbra de Matos (2002), a anaclítica é a depressão com vazio depressivo por perda objetal e angústia de separação. Seria caracterizada pelo desamparo e pelo desespero, onde o vazio interior seria preponderante devido à falha na introjeção do bom objeto, ficando o depressivo dependente do objeto externo (Coimbra de Matos, 2002). Enquanto a introjetiva seria caracterizada pela desesperança (Coimbra de Matos, 2002), onde a nostalgia do amor do objeto faria com que sentimentos de inferioridade e ruína narcísica predominassem, pois o depressivo sentiria um conflito narcísico devido à perda projetiva do ideal do eu, refletindo um idealização do outro e uma desidealização de si (Coimbra de Matos, 2001). Consequentemente, sentimentos de culpa, inflexão interna da agressividade com consequente desculpabilização do objeto, fariam com que o depressivo se torna-se num masoquista, pois defensivamente projetaria as partes boas do *self* e introjetaria as propriedades negativas do objeto, incluindo as culpabilizantes (Coimbra de Matos, 2001).

Face às evidentes semelhanças entre estas descrições, várias formulações, sobretudo as psicodinâmicas e psicanalíticas, têm salientado três aspetos: a dependência (aspeto anaclítico da depressão), os traços perfeccionistas e o masoquismo (aspetos introjetivos da depressão), como características da personalidade depressiva. A dependência, bem como o masoquismo moral com autocriticismo e culpabilidade, resultando da atividade de um supereu exigente, estão presentes na conceção de Blatt (Blatt, 1974; Blatt et al., 1982; Blatt & Maroudas, 1992), de Kernberg (1970, 1988), bem como na de Coimbra de Matos (2001, 2002). Em Blatt está presente, ainda, na depressão introjetiva, o perfeccionismo. Concludentemente, a literatura e as escolas psicodinâmicas e psicanalíticas evidenciam semelhanças entre as descrições do conceito de dimensão depressiva, não se limitando a delimitar categorias/tipos de personalidade depressiva, mas sim a definir traços de personalidade que aumentariam o risco para a depressão, passando a dar-se importância à baixa autoestima, à culpa, à desesperança, à dependência, à incapacidade de amar, à hipocondria, à autodepreciação, ao hipercriticismo, ao desamparo e ao vazio (Bagby, Ryder, & Schuller, 2003; Ryder, Bagby, & Schuller, 2002).

Estas características, segundo Campos (2009), são próprias da depressão, marcam o funcionamento interno do depressivo, tornando-o necessariamente inibido e retraído, porque quanto mais funda for a depressão, sentida como interior, mais interiorizado no *self* está o objeto maligno, fazendo da depressão uma doença da personalidade porque se encaixa nesta. O que pode acontecer é haver ou não humor depressivo na depressão, e por

vezes não há, não de forma significativa, não implicando que o sujeito não esteja deprimido, que não tenha características de um deprimido (Campos, 2009). Assim, a depressão é considerada como uma dimensão depressiva da personalidade porque existe uma continuidade entre a ausência e a presença de depressão, pois as características dos indivíduos deprimidos podem estar presentes em indivíduos normais que não estão clinicamente deprimidos, e conseqüentemente, muitas formas depressivas clínicas seriam exacerbações de características normais, tratando-se de um contínuo da normalidade (i.e., população não clínica) à patologia (i.e., população clínica) (Blatt et al., 1976; Campos, 2009, 2015; Coimbra de Matos, 2002).

Desta forma, Campos (2009, 2015) estabelece a diferenciação entre traços depressivos e sintomas depressivos pela sua continuidade e estabilidade, pois traço, estado e sintoma não são a mesma coisa. Um sintoma pode ser crônico e, portanto, tornar-se parte do funcionamento da personalidade, fazer parte do indivíduo e, assim, constituir um traço. Partindo deste pressuposto, algumas características ou traços depressivos podem ser experiências habitualmente identificadas como sendo sintomas depressivos, mas que os indivíduos apresentam de forma mais ou menos estável e permanente, sendo operacionalizadas como traços (Campos, 2009, 2015). Do ponto de vista empírico, faz sentido considerar esta dimensão depressiva, composta por diferentes tipos de traços, como suscetível de se relacionar com a ocorrência de estados depressivos, porque os indivíduos com muitos traços depressivos não apresentarão necessariamente muitos sintomas num dado momento, mas poderão ter tido episódios depressivos anteriores em que apresentaram sintomas, ou seja, seriam indivíduos vulneráveis, apesar de poderem não estar deprimidos no momento (Campos, 2009).

Estudos defendem que os traços de personalidade são constructos essenciais para descrever as diferenças individuais e ajudar a explicar as diferenças interindividuais ao longo de um contínuo (McAdams, 1995; McAdams & Pals, 2006). Que são predisposições gerais que se podem expressar de forma diferente, ainda que relativamente consistentes ao longo do tempo e dos contextos e em diferentes estilos emocionais, motivacionais, comportamentais e interpessoais (McAdams, 1995; McAdams & Pals, 2006). Conseqüentemente, a depressão como um traço ou conjunto de traços, implicaria não somente uma visão em que os sintomas ocorrem em conjuntos heterogêneos, levando a diversos quadros clínicos, mas também como uma dimensão da personalidade normal composta por diferentes traços, entendidos como características estáveis, que o indivíduo exibiria num grande número de situações e que fariam parte do seu estilo de

funcionamento típico, permitindo uma comparação entre indivíduos, ou seja a avaliação de diferenças interindividuais (Campos, 2009, 2015).

De facto para compreender a depressão é preciso compreender a forma como se insere ou se articula na personalidade. Foi mostrada a pertinência de uma visão dimensional em que a depressão para além de poder ser conceptualizada como um estado clínico sintomático, pode também ser conceptualizada, operacionalizada, e avaliada de forma rigorosa, enquanto dimensão da personalidade composta por diferentes tipos de traços estáveis, conjunto este de traços que se comporta como uma dimensão, como um contínuo, em que é possível encontrar todas as suas variações. E de acordo com a sua conceptualização e operacionalização, a dimensão depressiva da personalidade é um constructo global que apresentará diferentes facetas (Campos, 2009, 2015). Duas das facetas parecem relacionar-se com as dimensões anaclítica e introjetiva da depressão e da personalidade depressiva, supramencionadas por Blatt. Uma outra lembra as características da perturbação depressiva masoquista apresentada por Kernberg. Uma das facetas parece relacionar-se com o abatimento geral que, segundo Coimbra de Matos, caracteriza o funcionamento depressivo. Encontra-se também uma faceta ligada ao perfeccionismo e obsessividade que os vários autores supramencionados incluem entre os principais aspetos caracterizadores da dimensão depressiva da personalidade. Finalmente, encontra-se uma faceta com pouca expressão que parece igualmente próxima da vertente introjetiva do funcionamento depressivo. Concludentemente, parece que para Campos (2009), os resultados sugerem que as várias conceções da dimensão depressiva da personalidade que se encontram na literatura não refletem apenas a perspetiva teórica dos autores que as propuseram, mas podem corresponder igualmente a vários aspetos ou facetas que se podem empiricamente distinguir dentro de um mesmo fenómeno unitário: a dimensão depressiva da personalidade.

1.2. Dimensão Depressiva da Personalidade e Sintomas Psicopatológicos

A depressão é talvez uma das formas mais frequentes de psicopatologia. Para Coimbra de Matos (2002), a dimensão depressiva atravessa todo o espectro da psicopatologia, isto porque a psicopatologia geral e a depressão em particular assentam na teoria das relações de objeto, não fazendo sentido falar em patologia sem falar na relação do indivíduo com as figuras cuidadoras. Desta forma, a patologia é uma adaptação ao mundo objetual em que as doenças mentais são doenças da relação, tendo a dimensão depressiva enquanto fatores psicopatológicos a submissão a um supereu pouco integrado,

primitivo e imaturo, o abatimento geral, desânimo e propensão à desistência, a inibição fóbica e a baixa autoestima (Coimbra de Matos, 2002).

Por outro lado, as perturbações depressivas do DSM-5 (Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2014) salientam apenas as características introjetivas, não considerando as características anaclíticas da depressão, como o desamparo, o medo de ser abandonado e a dependência. Todavia, teorizar sobre a depressão é também teorizar sobre a dimensão depressiva da personalidade, ou seja, é teorizar sobre as características internas dos indivíduos que se deprimem, tais como o humor depressivo, os sentimentos de inadequação e inutilidade, a autocrítica, a tendência a preocupar-se, a tendência a ser crítico para com os outros, o pessimismo, e os sentimentos de culpa e remorso (APA, 2014; Campos, 2009). Daí que para Blatt (1991), as abordagens da psicopatologia baseadas em sintomas e, supostamente ateóricas, contribuam pouco para a compreensão da psicopatologia e, não interessar saber se o paciente deprimido tem quatro ou cinco sintomas e se preenche os critérios de diagnóstico, ou se a perturbação durou um ano e três meses ou dois anos e se é crónica, mas sim que tipo de sintomas prevalecem, o grau de perigosidade, que tipo de mecanismos de defesa o indivíduo utiliza, o que origina ou pelo menos agrava os sintomas, a sua história de estruturação da personalidade e se predominam sintomas introjetivos, sintomas anaclíticos, sintomas somáticos sem alterações evidentes do humor, entre outros aspetos (Campos, 2009).

Neste sentido, o conceito de dimensão depressiva da personalidade explica, ao ver a depressão como uma exacerbação dos traços e comportamentos normais, variando num contínuo entre um humor ou estado afetivo ligeiro, “normal”, até estados prolongados ou recorrentes graves (Campos, 2009), por que é que uma lógica dimensional da patologia se adequa melhor à compreensão do fenómeno clínico ou psicopatológico, permitindo colmatar as dificuldades dos sistemas categoriais da psicopatologia. Torna-se então compreensível o porquê de muitos indivíduos que sofrem de depressão manifestarem também outras perturbações e/ou queixas físicas associadas que não estão especificamente identificadas pelos sistemas nosológicos e categoriais, como é o caso do DSM (Chakraborty et al., 2010). Segundo os dados, é muito comum pacientes deprimidos apresentarem comorbilidade com outras perturbações, sendo que 38.2% não apresentam perturbações concomitantes, enquanto 25.6% tinham uma perturbação associada, 16.1% tinham duas e 20.2% tinham três ou mais perturbações (Rush et al., 2005). Indivíduos com depressão revelam altas taxas de prevalência da perturbação de ansiedade

generalizada (8.8-20.3%), perturbação obsessivo-compulsiva (3.8-9.9%) e perturbações somatoformes (0.5-8.8 %) (Zimmerman et al., 2002).

Relativamente às queixas físicas, os sintomas somáticos são dos sintomas psicopatológicos mais relatados nos pacientes com depressão (Chakraborty et al., 2010; Sayar, Kirmayer, & Taillefer, 2003; Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton, & Ormel, 1999; Vaccarino, Sills, Evans, & Kalali, 2008). Estes incluem os sintomas vegetativos que são considerados principais características da melancolia, bem como várias formas de dor corporal, fadiga, fraqueza e outros sintomas que afetam a gama de sistemas fisiológicos (Sayar et al., 2003; Simon et al., 1999). Também a alexitimia, a ampliação somatossensorial e a hipocondria se relacionam com a depressão nos sintomas somáticos, pois quanto maior o aumento da somatossensibilidade, da alexitimia e da hipocondria, mais sintomas somáticos existirão (Chakraborty et al., 2010). Vaccarino, Sills, Evans, e Kalali (2008) verificaram que em pacientes depressivos o sintoma somático mais comum é o *sentir-se fatigado, fraco ou cansado de tudo*, tendo sido relatado por 78% da amostra. Outros sintomas somáticos comumente relatados foram *sentir que não estou com tão boa saúde como os meus amigos* (59%), *não me sentir bem a maior parte do tempo nos últimos anos* (54%), *sentir-me fraco em determinadas partes do corpo* (45%) e, *ter dores de cabeça* (43%) (Vaccarino et al., 2008). Todavia, qualquer que seja o peso que se atribua a eventuais causas somáticas, a depressão não deixa de ser uma patologia psíquica, uma perturbação que afeta o funcionamento psíquico – ou seja, uma perturbação que afeta a personalidade (Campos, 2009).

Quanto à obsessão-compulsão, é sabido que uma característica perfeccionista da personalidade se relaciona com piores resultados no tratamento da depressão (Blatt, Zuroff, Quinlan, & Pilkonis, 1996). Assim, características psicopatológicas como a indecisão excessiva, a preocupação, a auto desaprovação e a culpa, são comuns tanto à perturbação obsessivo-compulsiva (POC) como à depressão (Quarantini et al., 2011). Embora as taxas de comorbilidade relatadas difiram entre os estudos, cerca de 13% a 75% dos indivíduos com POC apresentam depressão, tornando a depressão a comorbilidade psiquiátrica do Eixo I mais comum da POC (Quarantini et al., 2011). Sobre a natureza temporal deste padrão de comorbilidade, verifica-se que a maioria dos sintomas da POC são anteriores aos sintomas depressivos (Abramowitz, Storch, Keeley, & Cordell, 2007; Quarantini et al., 2011), sugerindo que a perturbação de humor geralmente ocorre como uma resposta ao sofrimento e ao comprometimento funcional associado às obsessões e às compulsões (Abramowitz et al., 2007). Inclusive, pacientes com POC deprimidos

evidenciam níveis mais graves de angústia geral e comprometimento funcional, apresentam sintomas de ansiedade geral mais graves e maiores taxas de outras condições comórbidas (e.g., perturbações de ansiedade) comparativamente a pacientes com POC não deprimidos (Abramowitz et al., 2007). A descoberta de que interpretações errôneas de pensamentos intrusivos e de comprometimento funcional se relacionam com a depressão, sugere que a funcionalidade e as distorções cognitivas são envolvidas em sintomas depressivos quando ocorrem no contexto da POC (Abramowitz et al., 2007). Além disso, os estados de humor negativos demonstram aumentar a vulnerabilidade a pensamentos obsessivos intrusivos, fazendo com que a depressão favoreça o pensamento obsessivo, completando assim um círculo vicioso de pensamentos obsessivos - más interpretações - humor deprimido - pensamentos mais obsessivos (Abramowitz et al., 2007).

A sensibilidade interpessoal é um constructo que se refere à hipersensibilidade de um indivíduo a auto deficiências percebidas em relação aos demais, incluindo a sensibilidade à rejeição e à crítica por parte dos outros, que faz com que se incorpore uma sensação de inadequação pessoal, inferioridade e moral pobre (Davidson, Zisook, Giller, & Helms, 1989). Estes indivíduos ficam rapidamente ofendidos, são sensíveis ao ridículo, sentem-se desconfortáveis na presença de outras pessoas e mostram um conjunto negativo de expectativas nos seus relacionamentos com outros (Davidson et al., 1989). Assim, a sensibilidade interpessoal correlaciona-se altamente com depressão, má moral, introversão social, ansiedade, ansiedade fóbica, fobia social, ataques de pânico, inversão vegetativa e psicoticismo (Canavarro, 2007; Davidson et al., 1989). Inclusive, pacientes com maior sensibilidade interpessoal são mais propensos a descrever hábitos excessivos, aumento de peso, atitude pessimista, dependência, culpa ou auto reprovação, perda de interesse ou prazer, sentimentos de inadequação, diminuição do desejo sexual, diminuição da concentração, capacidade de pensamento diminuída e qualidade de humor distinta (Davidson et al., 1989).

Já a depressão é um dos principais contribuintes para as doenças na população em geral (Alexandrino-Silva et al., 2013), afetando uma fração significativa da mesma (Molina et al., 2014). Acresce que traços como a dependência, obsessividade, baixa autoconfiança, desamparo, competências sociais limitadas, ou autoatribuições negativas desadaptativas estão comumente ligadas à patogénese da depressão, e parecem ser importantes na dimensão depressiva da personalidade ou serem características que se relacionam com a depressão (Akiskal, Hirschfeld, & Yerevanian, 1983). Também Altman

e Wittenborn (1980) e Cofer e Wittenborn (1980) verificaram vários fatores que discriminavam um grupo em remissão da depressão de um grupo que nunca esteve deprimido: baixa autoestima, aparência infeliz (relativos ao humor depressivo), preocupação com o facto de ter falhado (desamparo), baixa confiança e um baixo sentido geral de competência, vulnerabilidade narcísica, mãe crítica e, pai promotor da dependência. Estes dados demonstram que os traços depressivos podem prever a ocorrência de sintomas depressivos, pois os indivíduos que apresentam mais traços depressivos relatam momentos anteriores de depressão mais significativos, tornando-se vulneráveis a apresentar sintomas depressivos num dado momento (Campos, 2015). Sabe-se ainda que quem apresenta sintomatologia depressiva atual, tem maior probabilidade de ter apresentado episódios anteriores de depressão (Campos, 2009). Wieland e Zitman (2016), num cenário naturalista, exploram os perfis de sintomas do BSI para pacientes deprimidos, verificando diferenças notáveis nos sintomas auto relatados no BSI com diferenças significativas para o total do BSI e para as subescalas Depressão, Obsessão-Compulsão e Psicoticismo.

A depressão em adultos é particularmente associada a perturbações de ansiedade, tornando os sintomas de ansiedade uma característica psicopatológica comum da depressão, mesmo na ausência de um diagnóstico de perturbação de ansiedade (Fava et al., 2000). Cinquenta e sete por cento dos casos de depressão apresentam evidência de ansiedade (Almeida et al., 2012), sendo as condições mais comuns perturbação de ansiedade social (29.3%), perturbação de ansiedade generalizada (20.8%) e perturbação de stress pós-traumático (18.8%) (Rush et al., 2005). No início da depressão mais sintomas de ansiedade coocorrerão, todavia o mesmo depois não se verifica, o que significa que grande parte dos casos com depressão foram precedidos de perturbações de ansiedade (Rush et al., 2005). Além disso, a ansiedade generalizada está também associada a queixas somáticas persistentes relacionadas com excitação autónoma, hiperventilação ou aumento da tensão muscular (Hamilton, 1989; Sayar et al., 2003). Dado que a depressão e a ansiedade geralmente coocorrem, o nível de sintomas somáticos na depressão pode estar intimamente relacionado com o nível de ansiedade concomitante (Hamilton, 1989; Sayar et al., 2003). Esta elevada comorbilidade entre a depressão e a ansiedade, segundo o modelo tripartido da ansiedade e da depressão de Clark e Watson (1991), é explicada por três dimensões fundamentais: o *stress* geral (afetividade negativa), a hiperativação psicofisiológica e a anedonia (ausência de afetividade positiva). Níveis elevados de *stress* geral seriam comuns à depressão e à ansiedade, no entanto, uma

diferenciação mais específica entre os dois tipos de perturbações seria dada pelas outras duas dimensões: a hiperativação psicofisiológica caracterizaria a ansiedade pura, e a anedonia, a depressão (Clark & Watson, 1991). Assim, níveis elevados de afetividade negativa e simultaneamente níveis elevados, moderados ou baixos em ambas as dimensões específicas, assinalariam um diagnóstico de ansiedade-depressão (Clark & Watson, 1991).

Um outro sintoma psicopatológico contributivo para a depressão é a hostilidade e a irritabilidade, sendo que indivíduos com depressão são mais hostis e têm mais raiva do que indivíduos não clínicos (Fava et al., 2010; Riley, Treiber, & Woods, 1989).

Por fim, é sugerida uma relação entre o psicoticismo e a depressão (Canavarro, 2007) e, entre a sensibilidade interpessoal, a ideação paranóide e o psicoticismo, pois há uma qualidade de pensamento referencial infundado nos pressupostos que são feitos pelos pacientes com fobia social ou com maior sensibilidade interpessoal (Davidson et al., 1989).

Concludentemente, compreende-se que o conceito de dimensão depressiva da personalidade contribui para o entendimento da relação existente entre traços depressivos e sintomas psicopatológicos. Ao pensar-se na depressão como uma dimensão estável e unitária da personalidade, onde os indivíduos apresentam diferentes manifestações em maior ou menor grau, percebe-se que não é somente o conceito de dimensão depressiva que se comporta como um contínuo. Também o mal-estar psicológico vai desde o mal-estar sintomático, com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar psicopatológico, formalmente característico das perturbações psiquiátricas, discriminando a saúde mental de cada indivíduo enquanto manifestação da população (não) clínica.

1.3. Dimensão Depressiva da Personalidade, Sintomas Psicopatológicos e Sexo

Embora os sistemas de classificação não reflitam o curso e o padrão dos sintomas psicopatológicos entre os sexos, evidências de que existem diferenças importantes nestes indicam distinções implícitas na psicopatologia (van Noorden et al., 2010). Assim, homens e mulheres não são semelhantes na forma como sentem, expressam e/ou enfrentam a depressão (Warren, 1983). A diferença de sexo em sintomas psicopatológicos e perturbações psiquiátricas é frequentemente relatada em adultos, sendo o humor, a ansiedade, as perturbações somatoformes e a comorbidade psiquiátrica significativamente mais comuns nas mulheres do que nos homens, inclusive, as mulheres

são mais propensas a reportar comorbilidades psiquiátricas de três ou mais perturbações do que os homens (Urbán et al., 2014). Além disso, as mulheres apresentam maior prevalência de perturbações afetivas, ansiedade e psicose não afetiva, enquanto os homens apresentam maior prevalência de perturbações de uso de substâncias e de personalidade antissocial (Urbán et al., 2014).

Entre as variáveis sociodemográficas, os sintomas somáticos são mais comuns nas mulheres do que nos homens (Chakraborty et al., 2010; Urbán et al., 2014; Wool & Barsky, 1994), sendo que as mulheres deprimidas revelam várias queixas físicas em todos os sistemas orgânicos (Betrus, Elmore, & Hamilton, 1995). Silverstein (1999) sugere que a diferença de sexo na depressão acontece porque, as mulheres apresentam níveis mais elevados de depressão associados à ansiedade e aos sintomas somáticos (e.g., fadiga e perturbações do apetite). Enquanto os homens parecem sentir mais desconforto somático (e.g., tensão) e distúrbios cognitivos (e.g., problemas de memória, má concentração e perturbações do sono) (Warren, 1983).

Relativamente à obsessão-compulsão, verifica-se uma prevalência de 32% de depressão nos indivíduos com POC, sendo que as mulheres compreendem cerca de 60% dessa mesma amostra (Quarantini et al., 2011).

Já Perugi et al. (1990) verificaram uma maior predominância da perturbação depressiva nas mulheres. As mulheres não tinham apenas valores mais elevados de episódios depressivos, mas também de temperamento depressivo (Perugi et al., 1990). Em contrapartida, os homens apresentaram valores mais elevados de episódios hipomaniacos e de temperamento hipertímico. Desta forma, percebe-se que as mulheres são mais propensas do que os homens a episódios depressivos, com prevalências ao longo da vida de 19.2% e 13.5%, respetivamente (Molina et al., 2014). Chevron, Quinlan, e Blatt (1978) verificaram que os homens têm uma depressão mais introjetiva (autocrítica) e as mulheres uma depressão mais anaclítica (dependência), encontrando maior depressão associada a sentimentos mais baixos de competência para homens, mas não para mulheres. Talvez porque o conteúdo ou foco da autocrítica seja o essencial. As respostas intropunitivas podem ser características de ambos os sexos quando deprimidos, mas a autocrítica masculina pode concentrar-se na conquista, competência e domínio de falhas, enquanto a autculpa feminina pode concentrar-se mais nas preocupações interpessoais e na atratividade percebida (Chevron, Quinlan, & Blatt, 1978). Assim, as mulheres tendem a reclamar mais sobre o aumento de apetite e ganho de peso, falta de energia, mais queixas somáticas, maior sensibilidade interpessoal, enquanto os homens são mais propensos a

referir diminuição do apetite, maior agitação psicomotora e ideação suicida (Marcus et al., 2005). As mulheres deprimidas mostram mais sensibilidade, baixa autoconfiança e indiferença em relação ao que lhes aconteceu, enquanto os homens deprimidos relatam mais problemas de memória, desconforto social, incapacidade de chorar facilmente, agressividade, baixa motivação, má concentração, perturbações de sono e maior tensão (Warren, 1983). Já Molina et al. (2014) verificaram que os seguintes sintomas de depressão são mais prevalentes nas mulheres: tristeza, choro, dificuldade em tomar decisões, falta de energia, autocrítica, irritabilidade, mudanças na autoimagem, dificuldade no trabalho e perda de interesse no sexo. Todas estas diferenças podem estar associadas a fatores psicossociais e biológicos (Keita, 2007; Kessler, 2003), bem como ao facto das mulheres carregarem uma tríade de vulnerabilidades aos sintomas depressivos em comparação com os homens: tensão de carácter crónico, maior tendência para ruminar quando angustiadas e menor sentido crítico sobre as suas vidas (Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999).

Quanto à ansiedade, as mulheres são significativamente mais propensas do que os homens a desenvolver uma perturbação de ansiedade ao longo da vida e, relativamente à comorbilidade, as mulheres com perturbação de ansiedade durante a vida foram significativamente mais propensas do que os homens a serem diagnosticadas com depressão (McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011). No que diz respeito aos sintomas psicopatológicos, a presença de melancolia, características psicóticas e os sintomas centrais da depressão como o retardar psicomotor, não foram diferentes nos dois sexos (Warren, 1983). No entanto, as mulheres apresentaram sintomas mais ansiosos e somatização, bem como uma maior severidade geral dos sintomas autorelatados (Warren, 1983). É possível que as mulheres estejam mais predispostas a desenvolver ansiedade e somatização durante episódios depressivos que, por sua vez, possam influenciar o autorrelato nas outras dimensões relacionadas com os sintomas (Warren, 1983). Outra possibilidade é que essas diferenças de sexo simplesmente reflitam influências socioculturalmente determinadas sobre as maneiras pelas quais homens e mulheres percebem os seus sintomas e como respondem a estes (Warren, 1983). Concebivelmente, os homens inibem a expressão de alguns sintomas depressivos porque são incompatíveis com o papel masculino ou com a autoimagem (Warren, 1983).

Fava, Nolan, Kradin, e Rosenbaum (1995) verificaram que, entre os pacientes deprimidos, há uma clara diferença de sexo na hostilidade quando se usam medidas de traço. Os homens deprimidos relatam pontuações significativamente maiores do que as

mulheres em cinismo, atributos hostis, respostas agressivas e afetos hostis (Fava, Nolan, Kradin, & Rosenbaum, 1995). Mesmo os homens não deprimidos e com depressão baixa ou moderada, tendem a ter maiores pontuações do que as mulheres em medidas de hostilidade, o mesmo se passando com pacientes não deprimidos (Fava et al., 1995). Todavia, alguns estudos verificaram que as mulheres apresentam níveis mais elevados de irritabilidade, raiva e ansiedade (Betrus et al., 1995; Molina et al., 2014). Ainda assim, e apesar da divergência entre estudos, os resultados não deixam de ser importantes atendendo ao impacto da depressão em comportamentos violentos e agressivos (Fava et al., 1995).

Finalmente, as mulheres relatam um fenótipo significativamente mais grave, com sintomas mais graves de depressão em comparação com os homens em várias escalas de autorelato do BSI (van Noorden et al., 2010). Inclusive, as mulheres têm pontuações mais altas nos índices globais, somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão e ansiedade, enquanto os homens têm pontuações mais elevadas na hostilidade e psicoticismo (Urbán et al., 2014). Não foram encontradas diferenças de sexo na ansiedade fóbica e na ideação paranóide (Urbán et al., 2014).

Concludentemente, as diferenças de sexo supramencionadas revelam que, por um lado, as mulheres tendem a denunciar mais sintomas somáticos, psicológicos e psicopatológicos do que os homens. Por outro, a necessidade de compreender o impacto que as diferenças de sexo têm na dimensão depressiva da personalidade. O facto dos indivíduos apresentarem diferentes manifestações em função dos seus traços, também implica atender a diferentes manifestações em função do seu sexo. Se a noção de dimensão depressiva da personalidade representa a encruzilhada entre a depressão e a personalidade porque os dois conceitos se fundem num só, trata-se então, da noção da importância da influência e prevalência que o sexo tem na personalidade enquanto atitude do indivíduo que se deprime, entendimento este de extrema importância na génese e desenvolvimento da depressão.

2. Objetivos e Hipóteses

O presente estudo pretende explorar a Dimensão Depressiva da Personalidade, os Sintomas Psicopatológicos e o Sexo, na população geral adulta.

2.1. Objetivos

Objetivo 1: Explorar a Dimensão Depressiva da Personalidade entre os Sexos.

Objetivo 2: Explorar a relação entre a Dimensão Depressiva da Personalidade, os Sintomas Psicopatológicos e o Sexo.

Objetivo 3: Modelos de predição da Dimensão Depressiva da Personalidade através dos Sintomas Psicopatológicos, para os Sexos.

2.2. Hipóteses

Formuladas com base na revisão de literatura citada na secção anterior (e.g., Campos, 2015; Molina et al., 2014; Perugi et al., 1990; Urbán et al., 2014; van Noorden et al., 2010), são, em seguida, apresentadas as hipóteses relativas a cada um dos objetivos.

Relativamente ao Objetivo 1, a hipótese formulada é a seguinte:

Hipótese 1: As participantes do sexo feminino evidenciam um resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) significativamente mais elevado comparativamente aos participantes do sexo masculino.

Relativamente ao Objetivo 2, as hipóteses formuladas são as seguintes:

Hipótese 2: Nas participantes do sexo feminino, o resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) relaciona-se diretamente com os Índices Globais dos Sintomas Psicopatológicos (Subescalas IGS, ISP, TSP do BSI), comparativamente aos participantes do sexo masculino.

Hipótese 3: Nas participantes do sexo feminino, a Depressão de Fracasso, Perfeccionista e Relacional (Fatores III, IV, V do ITD) relacionam-se diretamente com a Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão e Ansiedade (Dimensões Primárias do BSI), enquanto nos participantes do sexo masculino, a Depressão Essencial e Inibida (Fatores I e II do ITD) relacionam-se diretamente com a Hostilidade e Psicoticismo (Dimensões Primárias do BSI).

Relativamente ao Objetivo 3, e atendendo ao seu carácter exploratório nesta investigação, os modelos gerados para os sexos feminino e masculino, visam explorar que Sintomas Psicopatológicos (Dimensões Primárias do BSI) são preditores da Dimensão Depressiva da Personalidade (Resultado Total e Fatores do ITD).

3. Método

3.1. Participantes

3.1.1. Caraterização Sociodemográfica dos Participantes do Sexo Feminino e do Sexo Masculino

A amostra deste estudo é constituída por 203 participantes do sexo feminino, de nacionalidade portuguesa, com uma média de idade de 40.67 anos ($DP = 13.31$ anos).

A caraterização sociodemográfica dos participantes do sexo feminino apresenta-se no Quadro 1.

Quadro 1

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Sexo Feminino

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Idade			40.67	13.31	40.00	37.00	18.00	82.00
Escolaridade								
< 4º ano	3	1.50						
4º ano	4	2.00						
6º ano	7	3.40						
9º ano	34	16.70						
12º ano	45	22.20						
Licenciatura ou mais	110	54.20						
Situação Laboral								
Empregada	157	77.30						
Desempregada	14	6.90						
Reformada	10	4.90						
Dona de Casa	3	1.50						
Estudante	19	9.40						
Estado civil								
Solteira	64	31.50						
Casada ou União de Facto	115	56.70						
Viúva	4	2.00						
Divorciada ou Separada	20	9.90						
Doença Física/Psicológica								
Sim	29	14.40						
Não	173	85.60						
Estado de Saúde								
Muito Mau	1	.50						
Mau	7	3.50						
Nem Mau Nem Bom	45	22.30						
Bom	124	61.40						
Muito Bom	25	12.40						
Residência								
Urbana	179	92.30						
Rural	15	7.70						

A amostra do presente estudo é constituída por 130 participantes do sexo masculino, de nacionalidade portuguesa, com uma média de idade de 41.74 anos ($DP = 14.07$ anos).

A caraterização sociodemográfica dos participantes do sexo masculino apresenta-se no Quadro 2.

Quadro 2

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Sexo Masculino

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Idade			41.74	14.07	40.00	52.00	18.00	83.00
Escolaridade								
< 4º ano	4	3.10						
4º ano	1	.80						
6º ano	9	6.90						
9º ano	18	13.80						
12º ano	51	39.20						
Licenciatura ou mais	47	36.20						
Situação Laboral								
Empregado	103	79.20						
Desempregado	11	8.50						
Reformado	8	6.20						
Estudante	8	6.20						
Estado civil								
Solteiro	40	31.00						
Casado ou União de Facto	79	61.20						
Viúvo	2	1.60						
Divorciado ou Separado	8	6.20						
Doença Física/Psicológica								
Sim	15	11.70						
Não	113	88.30						
Estado de Saúde								
Muito Mau	1	.80						
Mau	2	1.60						
Nem Mau Nem Bom	27	21.10						
Bom	76	59.40						
Muito Bom	22	17.20						
Residência								
Urbana	123	96.90						
Rural	4	3.10						

3.2. Instrumentos

Para a realização deste trabalho empírico foram empregues os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Inventário de Traços Depressivos (ITD) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

3.2.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico é constituído por 16 itens que visam recolher, dos participantes, dados sociodemográficos relativos ao sexo, à idade, à nacionalidade, ao tipo de área de residência, à situação laboral, à profissão, à situação económica, ao estado civil, ao agregado familiar atual, ao número de filhos, à frequência e satisfação com as relações familiares e de amizade, às crenças e práticas religiosas, à presença de diagnóstico de doença, à avaliação subjetiva do estado de saúde e à vivência de situação ou acontecimento de vida traumático.

3.2.2. Inventário de Traços Depressivos (ITD)

O ITD, desenvolvido por Campos (2015), é composto por 80 itens, todavia, no presente estudo foi aplicada a forma reduzida, composta por 41 itens, para operacionalizar e avaliar o constructo de dimensão depressiva da personalidade (a depressão-traço), em populações clínicas, mas também em populações não clínicas (Campos, 2015). Assim, saturam-se cinco escalas ou fatores: I – Depressão Essencial, II – Depressão Inibida, III – Depressão de Fracasso, IV – Depressão Perfeccionista e V – Depressão Relacional. O inventário não tem tempo limite de aplicação, e a aplicação pode ser individual ou coletiva. O material do inventário consiste numa folha de respostas da forma reduzida que contem as instruções. As instruções pedem ao participante para descrever como é ou se comporta habitualmente, e não como se sente ou se comporta no momento atual a que responde. A escala de resposta consiste numa escala de *Likert* de 5 pontos (1 – Discordo Fortemente a 5 – Concordo Fortemente).

Num primeiro momento de análise, um resultado total elevado neste instrumento sugere que o participante apresenta uma dimensão depressiva da personalidade marcada, e portanto, quando mais elevado o resultado, mais traços depressivos o participante apresentará, podendo mesmo estar cronicamente deprimido, todavia, esta constatação não implica necessariamente que o participante apresente um qualquer diagnóstico psicopatológico (Campos, 2015). Desta forma, não faz sentido falar num ponto de corte

para o ITD. Num segundo momento de análise, resultados elevados na escala I apontam para a presença de uma dimensão de evitamento, depressiva, ansiosa e pessimista, próxima da perturbação depressiva da escola psiquiátrica; na II remetem para a presença de uma dimensão esquizoide, imatura, de forte inibição da agressividade e retraída; na III descrevem uma componente mais autocrítica e de desvalorização pessoal, fracasso e incapacidade, vividas, sobretudo, na relação com o outro; na IV apontam para a presença de uma dimensão de rigidez e perfeccionismo, mas que pode ao mesmo tempo conter um aspeto adaptativo, dado que pode, igualmente, assinalar a presença de perseverança e sentimentos de eficácia; e, na V associam-se a uma dimensão relacional ou interpessoal da dimensão depressiva, com medo do abandono e dependência (Campos, 2015).

O valor de alfa de *Cronbach* da forma reduzida é de .95 (Campos, 2015). Quanto às escalas, para uma amostra de 1042 indivíduos, a escala I apresenta um alfa de *Cronbach* de .93, a II de .84, a III de .85, a IV de .70 e, a V de .73 (Campos, 2015). No presente estudo, para uma amostra de 333 participantes, o ITD apresenta boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de .96. Quanto às escalas, também apresentam boa consistência interna, com alfas de *Cronbach* de .93 para a escala I, de .84 para a II, de .90 para a III, de .73 para a IV e, de .71 para a V. Todos estes resultados suportam a validade preditiva da versão reduzida do instrumento e apoiam a consistência interna do inventário, demonstrando que do ponto de vista psicométrico, os resultados obtidos com a forma reduzida são equivalentes à forma longa, bem como a sua adequação nesta investigação.

3.2.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O BSI, utilizado na presente investigação a versão portuguesa de Canavarro (1999), é constituído por 53 itens e permite avaliar, num curto espaço de tempo, os sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais, sendo estes últimos, avaliações breves de perturbação emocional, tanto em populações clínicas, como não clínicas (Canavarro, 2007). As três pontuações gerais foram descritas como: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP), enquanto as nove dimensões primárias foram descritas como: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo (Derogatis, 1992/1993). Para preencher o inventário são necessários 8 a 10 minutos, em circunstâncias normais, e a aplicação pode ser individual ou coletiva. O material do inventário consiste numa folha de respostas que contem as instruções. As instruções

pedem ao participante para descrever o grau em que cada problema ou sintoma o incomodou durante a última semana. A escala de resposta consiste numa escala de *Likert* de 5 pontos (0 – Nunca a 4 – Muitíssimas Vezes).

Num primeiro momento de análise, a simples leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomas psicopatológicos apresentado pelo participante, discriminando a sua saúde mental ao diferenciar os participantes que apresentam perturbações emocionais daqueles que não as apresentam (Canavarro, 2007). Todavia, a utilização exclusiva do inventário não permite a formulação de um diagnóstico. Num segundo momento de análise, informação adicional pode ser obtida através de uma análise qualitativa, referente ao conteúdo específico dos itens assinalados pelo participante em cada uma das nove dimensões. Assim, os itens que formam as nove dimensões de sintomatologia avaliadas pelo instrumento constituem, no seu conjunto, importantes elementos da psicopatologia, pois, do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o participante (Canavarro, 2007).

Os valores de alfa de *Cronbach* encontram-se dentro do intervalo .70 e .80, à exceção dos valores das escalas de Ansiedade Fóbica ($\alpha = .60$) e de Psicoticismo ($\alpha = .60$) (Canavarro, 2007). No presente estudo, para uma amostra de 333 participantes, o BSI apresenta boa consistência interna, com valores de alfa de *Cronbach* de .82 para a Somatização, de .82 para as Obsessões-Compulsões, de .83 para a Sensibilidade Interpessoal, de .88 para a Depressão, de .85 para a Ansiedade, de .79 para a Hostilidade, de .81 para a Ansiedade Fóbica, de .80 para a Ideação Paranóide e, de .76 para o Psicoticismo. Todos estes resultados apoiam a consistência interna do inventário, demonstrando que as suas características psicométricas oferecem segurança e robustez enquanto bom indicador de sintomas do foro psicopatológico, pois a constatação da sensibilidade do instrumento a manifestações de mal-estar psíquico sugerem a sua validade, bem como a sua adequação nesta investigação.

3.3. Procedimento

O presente estudo faz parte de um Projeto de Investigação com a temática “Personalidade e Psicopatologia”, como mencionado anteriormente.

A seleção da amostra foi não-probabilística, recolhida por conveniência através do método “Bola de Neve”, tratando-se de uma amostra onde a população-alvo é a população geral adulta, de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 18 anos. Parte

dos dados foram recolhidos entre Julho e Outubro de 2017 consoante os conhecimentos e a esfera relacional dos alunos do Mestrado Integrado em Psicologia.

Os participantes receberam, num envelope, juntamente com um consentimento informado (*vide* Anexo), um protocolo composto por um questionário sociodemográfico e nove instrumentos de medida psicológica (questionários de autorrelato), sendo dois desses instrumentos utilizados neste estudo. No consentimento informado foi disponibilizada informação acerca do objetivo e do âmbito da linha de investigação, da confidencialidade da informação, do anonimato das respostas no tratamento de dados, do tempo e natureza das respostas, da possibilidade de desistência da participação e, do contato do investigador caso desejassem informações sobre os resultados. Assinado o consentimento informado, e após a realização completa do protocolo, com duração estimada de uma hora e trinta minutos, ambos deveriam ser entregues ao investigador. Recorreu-se à estatística descritiva que incluiu cálculos de frequências, médias e desvios-padrão. De forma a obter uma medida do grau de correlação ou associação entre as variáveis estudadas, utilizaram-se técnicas estatísticas mais específicas, como o coeficiente de correlação de *Pearson*, tendo-se ainda efetuado a estatística do teste paramétrico *t*-Student para comparar grupos e amostras independentes. Por último, e como forma de estimar valores preditivos, recorreu-se a análises de regressões lineares múltiplas (método *stepwise*) (Maroco, 2011).

Consideram-se estatisticamente significativos os efeitos para $p\text{-values} \leq .05$.

As análises estatísticas efetuadas foram realizadas com o *Software PASW Statistics* (v. 24 SPSS Inc, Chicago, IL).

4. Resultados

Seguidamente, encontram-se apresentados os resultados obtidos no presente estudo. Num primeiro momento (Objetivo 1), figuram os resultados alusivos à exploração da dimensão depressiva da personalidade entre os sexos. Num segundo momento (Objetivo 2), encontram-se os resultados relativos à exploração da relação entre a dimensão depressiva da personalidade, os sintomas psicopatológicos e o sexo. E, finalmente, num terceiro momento (Objetivo 3), expõem-se os resultados respeitantes aos modelos de predição da dimensão depressiva da personalidade através dos sintomas psicopatológicos, para os sexos.

4.1. Exploração da Dimensão Depressiva da Personalidade entre os Sexos

4.1.1. Análise Comparativa entre o Sexo Feminino e o Sexo Masculino (Hipótese 1)

Nesta primeira hipótese, para avaliar se existe influência significativa entre os Sexos relativamente ao resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD), foi efetuado o teste de igualdade de valores médios (estatística de teste *t-Student*) para amostras independentes.

Os pressupostos deste método estatístico foram validados, assumindo-se a normalidade das distribuições perante o número elevado da amostra ($n = 333$) e, a homogeneidade de variâncias com o teste de *Levene* ($F = .02$; $p = .90$).

Denota-se que o sexo feminino apresenta uma média ligeiramente superior no resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) ($M = 95.56$; $DP = 26.85$) comparativamente ao sexo masculino ($M = 95.42$; $DP = 27.53$). De acordo com a estatística de teste *t-Student*, esta diferença observada entre os sexos não é estatisticamente significativa ($t(331) = -.05$, $p = .96$).

Desta forma, e atendendo aos resultados supramencionados, os mesmos são contrários à hipótese inicial, isto é, o sexo feminino não evidencia um resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) mais elevado do que o sexo masculino.

4.2. Exploração da Relação entre a Dimensão Depressiva da Personalidade, os Sintomas Psicopatológicos e o Sexo

4.2.1. Análise das diferenças quanto ao Sexo na relação entre a Dimensão Depressiva da Personalidade e os Sintomas Psicopatológicos (Hipótese 2)

Nesta segunda hipótese, para explorar a relação entre o resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) e os três índices globais dos Sintomas Psicopatológicos (subescalas IGS, ISP, TSP do BSI), nos sexos feminino e masculino, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* (r). Os resultados encontram-se apresentados no Quadro 3.

Quadro 3

Coefficientes de Correlação de Pearson entre o Resultado Total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) e os Três Índices Globais dos Sintomas Psicopatológicos (Subescalas IGS, ISP, TSP do BSI) no Sexo

Sintomas Psicopatológicos (BSI)	Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD)	
	Sexo Feminino ($n = 203$)	Sexo Masculino ($n = 130$)
Subescala IGS	.67*	.58*
Subescala ISP	.51*	.32*
Subescala TSP	.61*	.56*

Nota*. * $p < .0001$.

Denota-se que o Quadro 3 mostra relações diretas e significativas. No sexo feminino, verifica-se que a variável Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) apresenta uma relação direta e forte com os três índices globais da variável Sintomas Psicopatológicos (subescalas IGS, ISP, TSP do BSI: $r^2 = .45$; $r^2 = .26$; $r^2 = .37$; respetivamente). Enquanto no sexo masculino, verifica-se que a variável Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) apresenta uma relação direta e forte com dois dos três

• Efeito da dimensão médio/elevado/muito elevado: $.10 < r^2 \leq .25$; $.25 < r^2 \leq .50$; $r^2 > .50$ (Cohen, 1988).

índices globais da variável Sintomas Psicopatológicos (subescalas IGS e TSP do BSI: $r^2 = .34$; $r^2 = .31$; respetivamente), contrariamente ao índice global correspondente à subescala ISP do BSI da variável Sintomas Psicopatológicos que evidencia uma relação direta e fraca ($r^2 = .10$).

Desta forma, e atendendo aos resultados supramencionados, os mesmos são contrários à hipótese inicial, isto é, no sexo feminino, o resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) não se relaciona diretamente com os índices globais dos Sintomas Psicopatológicos (subescalas IGS, ISP, TSP do BSI), comparativamente ao sexo masculino. Todavia, salienta-se que, no sexo feminino, a variável Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) evidencia relações diretas e fortes mais elevadas nos três índices globais da variável Sintomas Psicopatológicos (subescalas IGS, ISP, TSP do BSI: $r^2 = .45$; $r^2 = .26$; $r^2 = .37$; respetivamente), do que no sexo masculino ($r^2 = .34$; $r^2 = .10$; $r^2 = .31$; respetivamente). Também na relação com a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD), dois dos três índices globais da variável Sintomas Psicopatológicos (subescalas IGS e TSP do BSI) evidenciam relações diretas e fortes mais elevadas para o sexo feminino ($r^2 = .45$; $r^2 = .37$; respetivamente), como para o sexo masculino ($r^2 = .34$; $r^2 = .31$; respetivamente). Porém, e apesar de ser o índice global (subescala ISP do BSI) com relações diretas menos elevadas com a variável Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) para ambos os sexos, este continua a ser uma relação forte no sexo feminino ($r^2 = .26$), contrariamente ao sexo masculino que o torna numa relação fraca ($r^2 = .10$).

4.2.2. Análise das diferenças quanto ao Sexo na relação entre os Fatores da Dimensão Depressiva da Personalidade e as Dimensões dos Sintomas Psicopatológicos (Hipótese 3)

Nesta terceira hipótese, para explorar a relação entre os fatores da variável Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) e as dimensões primárias dos Sintomas Psicopatológicos (BSI), nos sexos feminino e masculino, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* (r). Os resultados para o sexo feminino encontram-se apresentados no Quadro 4 e para o sexo masculino no Quadro 5.

Quadro 4

Coefficientes de Correlação de Pearson entre os Fatores da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) e as Dimensões Primárias dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) no Sexo Feminino

Dimensões (BSI)	Fatores da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD)				
	Depressão Essencial	Depressão Inibida	Depressão Fracasso	Depressão Perfeccionista	Depressão Relacional
Somatização	.53**	.32**	.43**	.33**	.21*
Obsessões	.60**	.46**	.56**	.48**	.40**
Sens. Interpessoal	.62**	.46**	.64**	.48**	.51**
Depressão	.78**	.57**	.65**	.47**	.41**
Ansiedade	.63**	.41**	.52**	.48**	.35**
Hostilidade	.50**	.30**	.53**	.43**	.36**
Ansiedade Fóbica	.45**	.30**	.45**	.39**	.31**
Ideação Paranóide	.48**	.31**	.39**	.40**	.30**
Psicoticismo	.63**	.42**	.57**	.45**	.39**

Nota*. * $p < .001$. ** $p < .0001$.

Denota-se que o Quadro 4 mostra relações diretas e significativas. No sexo feminino, verifica-se que a Depressão de Fracasso (Fator III da variável Dimensão Depressiva da Personalidade [ITD]) apresenta uma relação direta e forte com as dimensões primárias da variável Sintomas Psicopatológicos (BSI): Obsessões-Compulsões ($r^2 = .31$), Sensibilidade Interpessoal ($r^2 = .41$), Depressão ($r^2 = .42$) e Ansiedade ($r^2 = .27$). Excetuando com a dimensão Somatização da variável BSI que apresenta uma relação direta e moderada ($r^2 = .18$).

Verifica-se também que, no sexo feminino, a Depressão Perfeccionista (Fator IV da variável ITD) apresenta uma relação direta e moderada com as dimensões primárias da variável BSI: Somatização ($r^2 = .11$), Obsessões-Compulsões ($r^2 = .23$), Sensibilidade Interpessoal ($r^2 = .23$), Depressão ($r^2 = .22$) e Ansiedade ($r^2 = .23$).

* Efeito da dimensão médio/elevado/muito elevado: $.10 < r^2 \leq .25$; $.25 < r^2 \leq .50$; $r^2 > .50$ (Cohen, 1988).

Por fim, no sexo feminino, verifica-se ainda que a Depressão Relacional (Fator V da variável ITD) apresenta uma relação direta e forte com a dimensão Sensibilidade Interpessoal ($r^2 = .26$), moderada com as dimensões Obsessões-Compulsões ($r^2 = .16$), Depressão ($r^2 = .17$) e Ansiedade ($r^2 = .12$) e, fraca com a dimensão Somatização ($r^2 = .04$), da variável BSI.

Desta forma, e atendendo aos resultados supramencionados, os mesmos são favoráveis à hipótese inicial, isto é, no sexo feminino, a Depressão de Fracasso, Perfeccionista e Relacional (Fatores III, IV, V do ITD) relacionam-se diretamente com a Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão e Ansiedade (Dimensões Primárias do BSI).

Quadro 5

Coefficientes de Correlação de Pearson entre os Fatores da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) e as Dimensões Primárias dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) no Sexo Masculino

Dimensões (BSI)	Fatores da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD)				
	Depressão Essencial	Depressão Inibida	Depressão Fracasso	Depressão Perfeccionista	Depressão Relacional
Somatização	.37**	.17	.28**	.40**	.38**
Obsessões	.55**	.40**	.52**	.53**	.50**
Sens. Interpessoal	.49**	.27*	.45**	.43**	.46**
Depressão	.65**	.43**	.57**	.52**	.52**
Ansiedade	.51**	.25*	.40**	.50**	.53**
Hostilidade	.44**	.13	.36**	.37**	.38**
Ansiedade Fóbica	.42**	.23*	.37**	.43**	.40**
Ideação Paranóide	.43**	.21*	.33**	.51**	.47**
Psicoticismo	.60**	.38**	.53**	.53**	.47**

Nota*. * $p < .01$. ** $p < .0001$.

Denota-se que o Quadro 5 mostra maioritariamente relações diretas e significativas. No sexo masculino, verifica-se que a Depressão Essencial (Fator I da

• Efeito da dimensão médio/elevado/muito elevado: $.10 < r^2 \leq .25$; $.25 < r^2 \leq .50$; $r^2 > .50$ (Cohen, 1988).

variável ITD) apresenta uma relação direta e forte com a dimensão Psicoticismo ($r^2 = .36$) e, moderada com a dimensão Hostilidade ($r^2 = .19$), da variável BSI.

Verifica-se também que, no sexo masculino, a Depressão Inibida (Fator II da variável ITD) apresenta uma relação direta e moderada com a dimensão Psicoticismo ($r^2 = .14$), da variável BSI. Contudo, a relação com a dimensão Hostilidade da variável BSI não é significativa.

Desta forma, e atendendo aos resultados supramencionados, os mesmos são parcialmente favoráveis à hipótese inicial, isto é, no sexo masculino, a Depressão Essencial (Fator I do ITD) relaciona-se diretamente com a Hostilidade e com o Psicoticismo (Dimensões Primárias do BSI), todavia, a Depressão Inibida apenas se relaciona diretamente com o Psicoticismo e não com a Hostilidade, contrariamente ao inicialmente previsto.

Em suma, e comparando os resultados supramencionados para cada um dos sexos, é notório que, no sexo feminino, a Depressão Essencial (Fator I da variável ITD), evidencia relação direta e muito forte na dimensão Depressão ($r^2 = .61$) e, relações diretas e moderadas menos elevadas nas dimensões Ansiedade Fóbica ($r^2 = .20$) e Ideação Paranóide ($r^2 = .23$), da variável BSI. Enquanto o sexo masculino evidencia relações diretas e fortes nas dimensões Depressão ($r^2 = .42$) e Psicoticismo ($r^2 = .36$) e, relação direta e moderada menos elevada na dimensão Somatização ($r^2 = .14$).

Já na Depressão Inibida (Fator II da variável ITD), o sexo feminino evidencia relação direta e forte na dimensão Depressão ($r^2 = .32$) e, relações diretas e fracas nas dimensões Hostilidade ($r^2 = .09$), Ansiedade Fóbica ($r^2 = .09$), Ideação Paranóide ($r^2 = .10$) e Somatização ($r^2 = .10$), da variável BSI. Comparativamente ao sexo masculino, que evidencia relações diretas e moderadas mais elevadas nas dimensões Depressão ($r^2 = .18$) e Obsessões-Compulsões ($r^2 = .16$) e, relações diretas e fracas nas dimensões Ideação Paranóide ($r^2 = .04$), Ansiedade Fóbica ($r^2 = .05$), Ansiedade ($r^2 = .06$) e Sensibilidade Interpessoal ($r^2 = .07$). Notório que, no sexo masculino, as relações com as dimensões Somatização e Hostilidade da variável BSI não são significativas.

O sexo feminino, para a Depressão de Fracasso (Fator III da variável ITD), evidencia relações diretas e fortes mais elevadas nas dimensões Depressão ($r^2 = .42$) e Sensibilidade Interpessoal ($r^2 = .41$) e, relações diretas e moderadas menos elevadas nas dimensões Ideação Paranóide ($r^2 = .15$) e Somatização ($r^2 = .18$), da variável BSI. Já o sexo masculino evidencia relações diretas e fortes nas dimensões Depressão ($r^2 = .32$),

Psicoticismo ($r^2 = .28$) e Obsessões-Compulsões ($r^2 = .27$) e, relação direta e fraca na dimensão Somatização ($r^2 = .08$).

Na Depressão Perfeccionista (Fator IV da variável ITD), o sexo feminino, evidencia relações diretas e moderadas mais elevadas nas dimensões Obsessões-Compulsões ($r^2 = .23$), Sensibilidade Interpessoal ($r^2 = .23$) e Ansiedade ($r^2 = .23$) e, relações diretas e moderadas menos elevadas nas dimensões Somatização ($r^2 = .11$) e Ansiedade Fóbica ($r^2 = .15$), da variável BSI. Enquanto o sexo masculino evidencia relações diretas e fortes nas dimensões Obsessões-Compulsões ($r^2 = .28$), Psicoticismo ($r^2 = .28$), Depressão ($r^2 = .27$) e Ideação Paranóide ($r^2 = .26$) e, relações diretas e moderadas menos elevadas nas dimensões Hostilidade ($r^2 = .14$) e Somatização ($r^2 = .16$).

E, por fim, no sexo feminino, a Depressão Relacional (Fator V da variável ITD), evidencia relação direta e forte na dimensão Sensibilidade Interpessoal ($r^2 = .26$) e, relações diretas e fracas nas dimensões Somatização ($r^2 = .04$), Ideação Paranóide ($r^2 = .09$) e Ansiedade Fóbica ($r^2 = .10$), da variável BSI. Comparativamente, o sexo masculino evidencia relações diretas e fortes nas dimensões Ansiedade ($r^2 = .28$) e Depressão ($r^2 = .27$) e, relações diretas e moderadas menos elevadas nas dimensões Somatização ($r^2 = .14$) e Hostilidade ($r^2 = .14$).

4.3. Exploração dos Modelos de Predição da Dimensão Depressiva da Personalidade através dos Sintomas Psicopatológicos para os Sexos

Neste terceiro objetivo, para explorar que dimensões primárias dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) são preditores do resultado total e dos fatores da variável Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD), nos sexos feminino e masculino, foi utilizado o modelo de regressão linear múltipla, método *Stepwise*. Os resultados para o sexo feminino encontram-se apresentados no Quadro 6 e para o sexo masculino no Quadro 7.

Quadro 6

Resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla entre as Dimensões Primárias dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) e os Fatores e o Resultado Total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) no Sexo Feminino

	Preditores	B	β	t	p	R	R ²	F	p
DE						.91	.82	158.75	< .0001*
	OC	11.73	.50	6.31	< .01*				
	D	4.50	.17	2.18	< .01*				
	IP	3.00	.12	1.74	ns				
	AF	-8.07	-.19	-3.46	< .001*				
	A	8.78	.30	3.16	< .001*				
DI						.87	.76	141.47	< .0001*
	OC	12.37	.62	7.17	< .0001*				
	IP	3.37	.16	2.02	< .01*				
	AF	-9.04	-.25	-4.02	< .0001*				
	A	7.56	.31	3.24	< .001*				
DF						.89	.80	174.74	< .0001*
	OC	12.04	.63	8.59	< .0001*				
	A	6.71	.29	3.25	< .001*				
	AF	-6.01	-.17	-3.03	< .001*				
	H	3.65	.14	2.16	< .01*				
DP						.88	.77	120.69	< .0001*
	OC	8.45	.60	7.07	< .0001*				
	IP	3.51	.24	3.03	< .001*				
	AF	-5.07	-.20	-3.19	< .001*				
	A	6.52	.38	3.75	< .0001*				
	P	-3.58	-.17	-2.27	< .01*				
DR						.86	.74	128.02	< .0001*
	OC	6.45	.62	6.94	< .0001*				
	IP	2.06	.19	2.30	< .01*				
	AF	-3.95	-.21	-3.26	< .001*				
	A	3.00	.24	2.38	< .01*				
DD						.90	.80	178.73	< .0001*
	OC	51.52	.60	7.61	< .0001*				
	IP	14.66	.16	2.25	< .01*				
	A	34.31	.33	3.74	< .0001*				
	AF	-33.01	-.21	-3.74	< .0001*				

Nota. ns: não significativo; * Two-tailed.

[DE: Depressão Essencial; DI: Depressão Inibida; DF: Depressão de Fracasso; DP: Depressão Perfeccionista; DR: Depressão Relacional; DD: Dimensão Depressiva (Resultado Total); OC: Obsessões-Compulsões; D: Depressão; IP: Ideação Paranóide; AF: Ansiedade Fóbica; A: Ansiedade; H: Hostilidade; P: Psicoticismo]

Denota-se que o Quadro 6 mostra maioritariamente relações significativas. No sexo feminino, verifica-se que os preditores: elevadas Obsessões-Compulsões, elevada Ansiedade e baixa Ansiedade Fóbica (Dimensões Primárias da variável BSI) - encontram-

se presentes na Depressão Essencial, Inibida, de Fracasso, Perfeccionista, Relacional e Dimensão Depressiva (Fatores e Resultado Total da variável ITD).

Excetuando a Depressão de Fracasso (Fator III da variável ITD), o preditor: elevada Ideação Paranóide (Dimensão Primária da variável BSI) encontra-se presente na Depressão Inibida, Perfeccionista, Relacional e Dimensão Depressiva (Fatores II, IV, V e Resultado Total da variável ITD), para o sexo feminino. Todavia, é de salientar que, apesar de o preditor elevada Ideação Paranóide (Dimensão Primária da variável BSI) não ter um valor preditivo *per si*, pois não é significativo na Depressão Essencial (Fator I da variável ITD) para o sexo feminino, provavelmente terá um valor de interação, seja de mediação ou de moderação, para com os outros preditores, podendo diminuir ou aumentar as suas relações.

Igualmente notório para o sexo feminino, comparativamente com cada um dos modelos de predição da variável Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) através da variável Sintomas Psicopatológicos (BSI), é o que define a Depressão Essencial (Fator I da variável ITD) ser o preditor elevada Depressão (Dimensão Primária da variável BSI). Na Depressão de Fracasso (Fator III da variável ITD) ser o preditor elevada Hostilidade (Dimensão Primária da variável BSI). E na Depressão Perfeccionista (Fator IV da variável ITD) ser o preditor baixo Psicoticismo (Dimensão Primária da variável BSI).

Ressalta-se ainda que, os preditores: elevadas Obsessões-Compulsões, elevada Ideação Paranóide, elevada Ansiedade e baixa Ansiedade Fóbica (Dimensões Primárias da variável BSI) - são comuns à Depressão Inibida, Relacional e Dimensão Depressiva (Fator II, V e Resultado Total da variável ITD), definindo-as de igual modo para o sexo feminino.

Concludentemente, para o sexo feminino, as Depressões Inibida e Relacional (Fator II e V da variável ITD) evidenciam os mesmos preditores, enquanto dimensões primárias da variável BSI, que a Dimensão Depressiva (Resultado Total da variável ITD).

Quadro 7

Resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla entre as Dimensões Primárias dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) e os Fatores e o Resultado Total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) no Sexo Masculino

Preditores	B	β	t	p	R	R ²	F	p
DE					.87	.75	188.81	< .0001*
OC	17.76	.65	7.57	< .0001*				
IP	6.67	.25	2.90	< .001*				
DI					.84	.71	100.66	< .0001*
OC	17.89	.76	7.62	< .0001*				
IP	7.39	.32	3.02	< .001*				
SI	-6.38	-.25	-2.55	< .01*				
DF					.86	.74	172.61	< .0001*
OC	15.33	.69	7.81	< .0001*				
IP	4.15	.19	2.16	< .01*				
DP					.87	.76	131.94	< .0001*
OC	10.71	.68	7.51	< .0001*				
IP	7.03	.45	4.72	< .0001*				
SI	-4.53	-.26	-2.97	< .001*				
DR					.88	.78	82.67	< .0001*
OC	7.04	.63	6.03	< .0001*				
IP	4.61	.42	4.37	< .0001*				
P	-4.91	-.30	-3.19	< .001*				
A	4.39	.30	2.88	< .01*				
SI	-2.26	-.18	-2.08	< .01*				
DD					.87	.76	128.61	< .0001*
OC	71.46	.72	7.93	< .0001*				
IP	33.15	.34	3.53	< .001*				
SI	-20.60	-.19	-2.14	< .01*				

Nota. * Two-tailed.

[DE: Depressão Essencial; DI: Depressão Inibida; DF: Depressão de Fracasso; DP: Depressão Perfeccionista; DR: Depressão Relacional; DD: Dimensão Depressiva (Resultado Total); OC: Obsessões-Compulsões; IP: Ideação Paranóide; SI: Sensibilidade Interpessoal; P: Psicoticismo; A: Ansiedade]

Denota-se que o Quadro 7 mostra relações significativas. No sexo masculino, verifica-se que os preditores: elevadas Obsessões-Compulsões e elevada Ideação Paranóide (Dimensões Primárias da variável BSI) - encontram-se presentes na Depressão Essencial, Inibida, de Fracasso, Perfeccionista, Relacional e Dimensão Depressiva (Fatores e Resultado Total da variável ITD).

Excetuando a Depressão Essencial e de Fracasso (Fatores I e III da variável ITD) - o preditor baixa Sensibilidade Interpessoal (Dimensão Primária da variável BSI) -

encontra-se presente na Depressão Inibida, Perfeccionista, Relacional e Dimensão Depressiva (Fatores II, IV, V e Resultado Total da variável ITD), para o sexo masculino.

Igualmente notório para o sexo masculino, comparativamente com cada um dos modelos de predição da variável Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) através da variável Sintomas Psicopatológicos (BSI), é o que define a Depressão Relacional (Fator V da variável ITD) ser o preditor baixo Psicoticismo e elevada Ansiedade (Dimensões Primárias da variável BSI).

Ressalta-se ainda que, os preditores: elevadas Obsessões-Compulsões, elevada Ideação Paranóide e baixa Sensibilidade Interpessoal (Dimensões Primárias da variável BSI) - são comuns à Depressão Inibida, Perfeccionista e Dimensão Depressiva (Fatores II, IV e Resultado Total da variável ITD), definindo-as de igual modo para o sexo masculino.

Concludentemente, para o sexo masculino, as Depressões Inibida e Perfeccionista (Fatores II e IV da variável ITD) evidenciam os mesmos preditores, enquanto dimensões primárias da variável Sintomas Psicopatológicos (BSI), que a Dimensão Depressiva (Resultado Total da variável ITD).

Em suma, e comparando os resultados supramencionados para cada um dos sexos, é notório que, apesar de não existirem fatores da variável Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) com preditores comuns das dimensões primárias da variável Sintomas Psicopatológicos (BSI), o preditor elevadas Obsessões-Compulsões (Dimensão Primária da variável BSI) encontra-se presente na Depressão Essencial e de Fracasso (Fatores I e III da variável ITD), para ambos os sexos. Também os preditores: elevadas Obsessões-Compulsões e elevada Ideação Paranóide (Dimensões Primárias da variável BSI) encontram-se presentes na Depressão Inibida, Perfeccionista e Dimensão Depressiva (Fatores II, IV e Resultado Total da variável ITD), para ambos os sexos. Por fim, os preditores: elevadas Obsessões-Compulsões, elevada Ideação Paranóide e elevada Ansiedade (Dimensões Primárias da variável BSI) encontram-se presentes na Depressão Relacional (Fator V da variável ITD), para ambos os sexos.

5. Discussão

Nesta secção, proceder-se-á à discussão dos resultados supramencionados, atendendo aos objetivos e hipóteses formulados.

O presente estudo contribui para a temática da Personalidade e Psicopatologia, ao averiguar a relação entre a Dimensão Depressiva da Personalidade, os Sintomas Psicopatológicos e o dado sociodemográfico Sexo, permitiu uma melhor compreensão de como a Dimensão Depressiva da Personalidade pode influenciar o indivíduo perante a vivência de adversidades. Estas evidências empíricas poderão ser um recurso para os diferentes profissionais de saúde mental, nomeadamente os psicólogos, ao incluírem o constructo da dimensão depressiva da personalidade no diagnóstico e tratamento de indivíduos da população geral adulta com disfuncionalidades ao nível das dimensões associadas aos sintomas psicopatológicos.

5.1. Exploração da Dimensão Depressiva da Personalidade entre os Sexos

A hipótese inicial de que, o sexo feminino evidencia um resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) mais elevado do que o sexo masculino, não é confirmada (Hipótese 1). Apesar do sexo feminino apresentar um valor ligeiramente superior no resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD), esta diferença não é significativa, fazendo com que este resultado vá de encontro a estudos anteriores que demonstram que, as mulheres apresentam maior predominância da perturbação depressiva, fenótipo significativamente mais grave e, com sintomas mais graves de depressão, comparativamente com os homens (Molina et al., 2014; Perugi et al., 1990; Urbán et al., 2014; van Noorden et al., 2010).

Todavia, a maioria dos estudos que revelam este facto são realizados em amostras com populações clínicas, diferindo deste estudo, que se baseia numa amostra com população geral adulta. Provavelmente, para alcançar resultados mais favoráveis à confirmação desta hipótese, quiçá uma amostra com população clínica adulta fosse o mais acertado.

Note-se também que, tendo sido para esta hipótese analisado o ITD num primeiro nível, e não fazendo sentido falar num ponto de corte para este instrumento, não há nenhum valor a partir do qual se possa dizer que o indivíduo tem uma dimensão depressiva da personalidade. O que é possível avaliar é qual o grau em que o seu funcionamento mental se aproxima do protótipo desta dimensão da personalidade, logo,

qual o grau em que os traços depressivos da personalidade estão presentes (Campos, 2015). Até porque este inventário é uma medida de uma dimensão normal da personalidade humana, presente em todas as pessoas em maior ou menor grau e, desta forma, o que se pode concluir é que, hipoteticamente, as mulheres e os homens desta amostra têm um grau de funcionamento mental da dimensão depressiva da personalidade que é semelhante entre si. Ou seja, na amostra deste estudo, mulheres e homens apresentam um constructo de dimensão depressiva da personalidade que não difere perante o sexo, estando uma semelhante quantidade de traços depressivos da personalidade presente em ambos os sexos.

Uma outra questão importante é se este resultado poderá estar associado às diferenças na prevalência de depressão durante o período de vida. A literatura indica que, apesar da diferença entre sexos se iniciar no período da puberdade e persistir até à meia-idade, as diferenças correspondem aproximadamente aos anos férteis da mulher, sendo por isso, o pico de incidência entre os 20 e os 40 anos de idade (Noble, 2005). Ora, atendendo que a média de idade da presente amostra para as mulheres é de 40.67 anos, questiona-se se este dado poderá também ter dificultado a confirmação da hipótese.

Outra possível explicação para o resultado encontrado poderá ser o estado civil da amostra do presente estudo. Mencionado na literatura que, nos homens, as condições de solteiro, divorciado ou viúvo estão associadas a menor prevalência de depressão, comparativamente com a condição de casado (Almeida-Filho et al., 2004) e, atendendo que na amostra deste estudo, 79 dos 130 homens estão casados ou em união de facto, é de se ressaltar se este dado poderá também ter dificultado a confirmação da hipótese de que, as mulheres apresentariam maior probabilidade de manifestarem depressão do que os homens.

Outros autores afirmam que embora a predominância de depressão para as mulheres seja legítima para certas populações, o mesmo não seria equivalente para todos os países e culturas, podendo até não ocorrer em algumas populações (Nolen-Hoeksema, 2001; Piccineli & Wilkinson, 2000), como, por exemplo, a afro-americana (Brown, Ahmed, Gary, & Milburn, 1995) e a israelense (Levav et al., 1993). Desta forma, sendo este um estudo com uma amostra populacional portuguesa, talvez também este dado possa ter dificultado a confirmação da hipótese.

Embora a literatura mencionada enfatize que as mulheres têm maior prevalência de depressão do que os homens, há estudos que demonstram que, as diferenças entre sexos estão a diminuir (Stoolmiller, Kim, & Capaldi, 2005), e que há uma subestimação da real

probabilidade de homens que sofrem de depressão (Addis, 2008). Segundo Addis e Cohane (2005), Mahalik et al. (2003) e, Warren (1983), os símbolos socioculturais e as práticas de socialização criam normas de restrição emocional (masculinidade) que ao serem assumidas moldam como os homens respondem a problemas. Assim, a masculinidade proibiria a expressão de sofrimento emocional, como os sintomas depressivos, ao encorajar a ação e desencorajar a introspeção (Addis, 2008). Evidentemente que isto tornaria os homens mais propensos a expressar vários sintomas externalizantes, incluindo abuso de substâncias, perturbação de personalidade antissocial e raiva, fazendo com que a depressão seja reconhecida como típica dessas perturbações, diminuindo, assim, a real probabilidade de depressão nos homens (Addis, 2008). Além disso, a diferença entre sexos, na depressão, parece menor nas culturas em que os comportamentos antissociais e de alto risco são menos tolerados (Lowenthal, Goldblatt, & Gorton, 1995). Podendo ser Portugal uma dessas culturas, coloca-se em causa se os fatores socioculturais terão influenciado o grau em que a depressão para os homens desta amostra é manifestada, algo que, uma vez mais, dificultaria a confirmação da hipótese.

Esta adesão às normas e ideologias tradicionalmente masculinas predizem pontuações mais altas nas medidas de alexitima (Addis, 2008), fazendo com que os homens subestimem e não comuniquem sintomas de depressão em instrumentos de autorrelato (Addis, 2008; Mahalik & Cournoyer, 2000; Shepard, 2002), o que os torna menos propensos do que as mulheres a procurar ajuda para a depressão (Addis & Mahalik, 2003). Ora, atendendo que os homens da presente amostra estiveram mais disponíveis e predispostos, por participarem nesta investigação e preencherem o protocolo com as medidas de autorrelato, coloca-se em causa se, neste estudo, não poderá haver uma mudança de paradigma em que, os homens desta amostra não subestimam os seus sintomas depressivos, utilizando, quiçá, a própria investigação para os exporem e, desta forma, romperiam com as normas e ideologias tradicionalmente masculinas, o que faria com que a taxa de homens depressivos fosse mais elevada neste estudo, dificultando, assim, a confirmação da hipótese.

Por fim, é sabido ainda que, os homens têm uma depressão mais introjetiva (autocrítica) associada a sentimentos de incompetência (Chevron et al., 1978), e que indivíduos não deprimidos que ruminam em resposta ao humor deprimido têm mais probabilidade de ficarem deprimidos e de terem episódios mais longos e mais graves de depressão (Just & Alloy, 1997). Portanto, considerando que os homens da amostra do presente estudo pertencem à população geral, isto é, não clínica e, por sua vez, não

deprimidos, mas que, no entanto, têm de ter algum pensamento crítico face aos seus sintomas depressivos de forma a responderem aos instrumentos utilizados, quiçá, se isso não os tornará mais cogitados perante este constructo, dificultado, dessa forma, a confirmação da hipótese.

5.2. Exploração da Relação entre a Dimensão Depressiva da Personalidade, os Sintomas Psicopatológicos e o Sexo

A hipótese inicial de que, no sexo feminino, o resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD) relaciona-se diretamente com os Índices Globais dos Sintomas Psicopatológicos (Subescalas IGS, ISP, TSP do BSI), do que no sexo masculino, não é confirmada (Hipótese 2). Apesar do sexo feminino, apresentar para o resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD), relações diretas e fortes mais elevadas nos três índices globais dos Sintomas Psicopatológicos (subescalas IGS, ISP, TSP do BSI), o sexo masculino, também apresenta para o resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD), relações diretas e fortes nos dois índices globais dos Sintomas Psicopatológicos (subescalas IGS e TSP do BSI) e, relação direta e fraca no índice global ISP dos Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Concordante com estudos anteriores (Urbán et al., 2014; van Noorden et al., 2010), nas mulheres, quanto maior o grau de funcionamento mental da dimensão depressiva da personalidade, ou seja, quanto maior a quantidade de traços depressivos da personalidade, maior a quantidade e complexidade de sintomas, maior a intensidade dos sintomas e, maior a intensidade do mal-estar experienciado. Todavia, para os homens, os resultados supramencionados vão de encontro a estudos anteriores (Urbán et al., 2014; van Noorden et al., 2010), ao verificar-se que, quanto maior o grau de funcionamento mental da dimensão depressiva da personalidade, ou seja, quanto maior a quantidade de traços depressivos da personalidade, maior a quantidade e complexidade de sintomas, maior a intensidade do mal-estar experienciado e, maior a intensidade dos sintomas. Como averiguado na hipótese anterior, e com a simples leitura dos índices globais, torna-se possível discutir e avaliar, de forma geral, o nível de sintomas psicopatológicos mostrados pela amostra deste estudo (Canavarro, 2007), onde mulheres e homens apresentam um constructo de dimensão depressiva da personalidade que não difere perante os sintomas psicopatológicos, estando uma semelhante quantidade dos mesmos presente em ambos.

Uma possível explicação para os resultados encontrados, tal como mencionado anteriormente, poderá ser o facto dos estudos citados e encontrados terem enquanto amostra populações clínicas, não se sucedendo o mesmo neste. Possivelmente, uma amostra com população clínica adulta fosse o mais acertado para obter resultados mais propícios à confirmação desta hipótese. Porém, apesar da semelhança entre sexos, as mulheres desta investigação demonstraram maior predominância de sintomas psicopatológicos, indo, de certa forma, ao encontro do esperado pela literatura.

Outra possibilidade é que estas diferenças de sexo simplesmente reflitam influências socioculturalmente definidas sobre as formas pelas quais homens e mulheres compreendem os seus sintomas e como respondem a estes (Addis & Cohane, 2005; Lowenthal et al., 1995; Mahalik et al., 2003; Warren, 1983). Concebivelmente, os símbolos socioculturais e as práticas de socialização ao restringirem os homens emocionalmente, encorajam a ação enquanto resposta a problemas, tornando-os mais propensos a expressar vários sintomas externalizantes (Addis, 2008; Warren, 1983), como é o caso de muitos dos sintomas psicopatológicos. Assim, explicar-se-ia o aumento de sintomatologia psicopatológica nos homens da presente amostra, dificultando a confirmação da hipótese.

Alguns autores (e.g., Keita, 2007; Kessler, 2003) afirmam ainda que, as diferenças entre os sexos podem estar associadas a fatores psicossociais e biológicos, algo que também poderá ter ocorrido nesta hipótese, criando variáveis estranhas que não foram possíveis controlar, produzindo um viés metodológico na presente investigação.

Novamente, note-se ainda que, talvez possa existir uma mudança de paradigma (Addis, 2008; Addis & Mahalik, 2003; Mahalik & Cournoyer, 2000; Shepard, 2002), onde os homens desta amostra, por terem participado nesta investigação, estariam mais disponíveis e predispostos, não subestimariam os seus sintomas psicopatológicos, utilizando, quiçá, o próprio estudo para os exporem e, assim, romperiam com as normas e ideologias tradicionalmente masculinas, o que faria com que a taxa de sintomatologia psicopatológica nos homens fosse mais elevada neste estudo, dificultando, assim, a confirmação da hipótese.

Por fim, atendendo aos dados descritivos das variáveis sociodemográficas Doença Física/Psicológica e Estado de Saúde, mulheres e homens da presente amostra evidenciaram valores muito similares na forma como avaliaram a sua saúde. Quiçá, se isso não tornará os homens desta investigação mais cogitados perante os seus próprios

sintomas psicopatológicos, facto que aumentaria os valores dos mesmos, dificultado, dessa forma, a confirmação da hipótese.

Relativamente à hipótese inicial de que, no sexo feminino, a Depressão de Fracasso, Perfeccionista e Relacional (Fatores III, IV, V do ITD) relaciona-se diretamente com a Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão e Ansiedade (Dimensões Primárias do BSI), enquanto no sexo masculino, a Depressão Essencial e Inibida (Fatores I e II do ITD) relaciona-se diretamente com a Hostilidade e Psicoticismo (Dimensões Primárias do BSI), é parcialmente confirmada (Hipótese 3).

Concordante com estudos anteriores (Chakraborty et al., 2010; Chevron et al., 1978; McLean et al., 2011; Perugi et al., 1990; Quarantini et al., 2011; Urbán et al., 2014; van Noorden et al., 2010; Warren, 1983), nas mulheres, quanto maior o fator de fracasso, perfeccionista e relacional de funcionamento mental da dimensão depressiva da personalidade, maior a sensibilidade interpessoal e a quantidade de sintomas somáticos, obsessivos-compulsivos, depressivos e, ansiosos. Todavia, apesar das relações diretas e significativas entre os fatores e as dimensões primárias mencionadas, diferenças são evidenciadas.

Mulheres com depressão de fracasso demonstram uma componente da dimensão depressiva da personalidade mais autocrítica e de desvalorização pessoal, sentindo-se fracassadas e incapacitadas na relação que vivem com o outro (Campos, 2015). Pessimistas e insatisfeitas com a vida, sentem-se vazias, desamparadas e não amadas – sentimentos característicos do humor depressivo (Campos, 2009), que relembram e vão ao encontro da depressão anaclítica descrita, anteriormente, por Blatt (Blatt, 1974; Blatt et al., 1982; Blatt & Maroudas, 1992). Note-se que, as mulheres desta amostra que patenteiam este fator como predominante na sua dimensão depressiva da personalidade, evidenciam relações diretas e fortes mais elevadas nas dimensões Depressão e Sensibilidade Interpessoal. Estes sintomas psicopatológicos traduzem e esclarecem o que é sentido pelas mulheres com depressão de fracasso, pois a dimensão depressão enquanto sintoma psicopatológico, leva-as a sentirem humor disfórico, falta de motivação, de afeto e de interesse pela vida, bem como a perda de energia vital, enquanto a dimensão sensibilidade interpessoal, centra-as em sentimentos de inadequação pessoal, de inferioridade, sobretudo na comparação com o outro, sentindo autodepreciação, hesitação, desconforto e timidez durante as interações sociais (Canavarro, 2007). A relação entre as dimensões depressão e sensibilidade interpessoal vai ao encontro da literatura, pois a inferioridade, o desconforto na presença e no contracto com o outro, a

atitude pessimista e, o humor depressivo, são características que levam a que a sensibilidade interpessoal se relacione com a depressão (Davidson et al., 1989). Por sua vez, a maior sensibilidade, o baixo sentido geral de competências, a baixa autoconfiança e autoestima, o desamparo, as competências sociais limitadas e as autoatribuições negativas desadaptativas, tornam as mulheres desta amostra mais propensas à depressão (Akiskal et al., 1983; Altman & Wittenborn, 1980; Cofer & Wittenborn, 1980; Warren, 1983), explicando-se, assim, o porquê da dimensão depressão se relacionar com a anterior.

Já mulheres com depressão perfeccionista demonstram uma componente da dimensão depressiva da personalidade mais rígida e perfeccionista, podendo ser, contudo, adaptativa, ao indicar a presença de sentimentos de eficácia e perseverança (Campos, 2015). Masoquistas e com baixa autoestima, sentem-se culpadas, inadequadas, sem sucesso e sem valor ou amor-próprio – sentimentos característicos da depressão introjetiva com uma elevada exigência do supereu e do ideal do eu (Campos, 2009), que relembram e vão ao encontro das características da insuficiência da compleição narcísica e da severidade do supereu descritas, anteriormente, por Coimbra de Matos (Coimbra de Matos, 2001, 2002). Note-se que, as mulheres desta amostra que patenteiam este fator como predominante na sua dimensão depressiva da personalidade, evidenciam relações diretas e fortes mais elevadas nas dimensões Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal e Ansiedade. Estes sintomas psicopatológicos traduzem e esclarecem o que é sentido pelas mulheres com depressão perfeccionista, pois além da sensibilidade interpessoal, a dimensão obsessões-compulsões enquanto sintoma psicopatológico, inclui as cognições, comportamentos e impulsos que são encarados como persistentes e aos quais não conseguem resistir – embora sejam percecionados como egodistónicos e de natureza indesejada –, enquanto a dimensão ansiedade, engloba tanto nervosismo e tensão, como sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico, até componentes cognitivos que envolvem apreensão e correlatos somáticos de ansiedade (Canavarro, 2007). A relação entre as dimensões obsessões-compulsões e ansiedade vai ao encontro da literatura, pois os sentimentos de inadequação, a indecisão excessiva, a preocupação, a culpa e a auto desaprovação, levam a interpretações erróneas de pensamentos intrusivos e de comprometimento funcional, aumentando, assim, os níveis de angústia geral que, por sua vez, desenvolvem sintomas de ansiedade geral (Abramowitz et al., 2007; Quarantini et al., 2011). Como tal, os sentimentos de inadequação, a culpa, a auto reprovação e a ansiedade sentidas, tornam as mulheres desta amostra mais propensas à sensibilidade

interpessoal (Davidson et al., 1989), explicando-se, assim, o porquê desta dimensão se relacionar com as restantes.

Por fim, mulheres com depressão relacional demonstram uma componente da dimensão depressiva da personalidade mais dependente e com medo de abandono a nível interpessoal (Campos, 2015). Sofridas, ruminativas, sentem remorsos, têm falta de energia e dificuldade em expressar agressividade – estes sentimentos de dor e sofrimento e de dependência encontram-se ligados a uma exigência pessoal, a uma forma obsessiva de perceber as dificuldades e, perfeccionista de encarar as relações pessoais (Campos, 2009). Note-se que, as mulheres desta amostra que patenteiam este fator como predominante na sua dimensão depressiva da personalidade, evidenciam relação direta e forte na dimensão Sensibilidade Interpessoal. Este sintoma psicopatológico traduz e esclarece o que é sentido pelas mulheres com depressão relacional, pois a dependência, a perda de interesse ou prazer, a sensibilidade à rejeição e à crítica por parte dos outros, faz com que se sintam ofendidas, que sejam sensíveis ao ridículo, originando um conjunto negativo de expectativas nos seus relacionamentos com o outro (Davidson et al., 1989), indo, assim, ao encontro da literatura, o porquê deste fator se relacionar com esta dimensão nas mulheres da presente amostra.

Curiosamente, apesar das mulheres evidenciarem relação direta entre os três tipos de fatores da dimensão depressiva da personalidade e a dimensão Somatização, tal como mencionado anteriormente, esta foi, também, a dimensão que apresentou relações moderadas menos elevadas na depressão de fracasso e perfeccionista e, inclusive, relação fraca na depressão relacional. Atendendo que este sintoma psicopatológico reflete o mal-estar consequente da perceção do funcionamento somático, ou seja, as queixas centradas nos diversos sistemas orgânicos (Canavarro, 2007) e que, estes são dos sintomas psicopatológicos mais relatados (Betrus et al., 1995; Chakraborty et al., 2010; Sayar et al., 2003; Simon et al., 1999; Vaccarino et al., 2008) e mais comuns nas mulheres (Chakraborty et al., 2010; Urbán et al., 2014; Wool & Barsky, 1994), não se esperaria que, atendendo à literatura, nas mulheres desta amostra, esta dimensão fosse a menos elevada. Uma possível explicação para este resultado poderá ser o facto da própria dimensão incluir dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade que são igualmente componentes da somatização (Canavarro, 2007). Considerando-se que, a ansiedade generalizada está associada a queixas somáticas persistentes, e que depressão e ansiedade coocorrem, quiçá, se o nível de sintomas somáticos na depressão ao se relacionar com o nível de ansiedade (Hamilton, 1989; Sayar

et al., 2003; Silverstein, 1999; Warren, 1983), não terá influenciado o autorrelato das mulheres do presente estudo na dimensão somatização.

De salientar que, em suma, nas mulheres desta amostra, os sintomas psicopatológicos que caracterizam os cinco fatores de funcionamento mental da dimensão depressiva da personalidade, são os depressivos e a maior sensibilidade interpessoal, enquanto os sintomas psicopatológicos que menos os caracterizam, são os somáticos, fóbicos e paranóides.

Concordante com estudos anteriores (Canavarro, 2007; Fava et al., 1995; Fava et al., 2010; Riley et al., 1989; Urbán et al., 2014), nos homens, quanto maior o fator essencial de funcionamento mental da dimensão depressiva da personalidade, maior a quantidade de sintomas psicóticos e hostis.

Homens com depressão essencial demonstram uma componente da dimensão depressiva da personalidade mais depressiva, pessimista e ansiosa (Campos, 2015). Introversos e submissos, não sentem interesse (anedonia), nem energia (adinamia) e, pelo facto de sentirem dificuldade em lidar/expressar a agressividade, preferem o conformismo e a desistência dos interesses próprios, de forma a se híper adaptarem ao outro – sentimentos característicos da perturbação depressiva da personalidade da escola psiquiátrica (Campos, 2009), que relembram e vão ao encontro do abatimento geral sentido na depressão introjetiva descrita, anteriormente, por Coimbra de Matos (2001, 2002). Note-se que, os homens desta amostra que patenteiam este fator como predominante na sua dimensão depressiva da personalidade, evidenciam relações diretas e forte na dimensão Psicoticismo e moderada na Hostilidade. Estes sintomas psicopatológicos traduzem e esclarecem o que é sentido pelos homens com depressão essencial, pois a dimensão psicoticismo enquanto sintoma psicopatológico, representa um constructo contínuo da experiência humana, indo desde o isolamento interpessoal ligeiro e estilo de vida esquizoide, até sintomas primários de esquizofrenia evidentes de uma psicose (e.g., alucinações e controlo de pensamento), enquanto a dimensão hostilidade, centra-os nos pensamentos, emoções e comportamentos típicos do estado afetivo negativo da cólera (Canavarro, 2007). A relação entre as dimensões hostilidade e psicoticismo vai ao encontro da literatura, pois pelo facto dos homens desta amostra serem mais hostis e terem mais raiva (Fava et al., 2010; Riley et al., 1989), face à dificuldade em expressá-la, tornam-se mais cínicos, pelos afetos e atributos hostis, originando respostas agressivas (Fava et al., 1995), devido ao pensamento referencial infundado que fazem nos

pressupostos (Davidson et al., 1989), explicando-se, assim, o porquê destas dimensões se relacionarem (Urbán et al., 2014).

Todavia, nos homens, os resultados supramencionados vão de encontro a estudos anteriores (Fava et al., 1995; Fava et al., 2010; Riley et al., 1989; Urbán et al., 2014), ao verificar-se que, quanto maior o fator inibida de funcionamento mental da dimensão depressiva da personalidade, maior a quantidade de sintomas psicóticos, mas não a quantidade de sintomas hostis – atendendo que esta dimensão nem foi significativa.

Homens com depressão inibida demonstram uma componente da dimensão depressiva da personalidade mais esquizoide, evitante e imatura, inibindo fortemente a agressividade e a retirada (Campos, 2015). Ambivalentes, tanto se sentem irritados, como dependentes, submissos e vulneráveis à perda e ao medo de não serem amados – sentimentos característicos de uma excessiva exigência com sentimentos de rejeição e sensibilidade ao abandono (Campos, 2015), que relembram e vão ao encontro da perturbação depressiva-masquista da personalidade descrita, anteriormente, por Kernberg (1970, 1988). Note-se que, os homens desta amostra que patenteiam este fator como predominante na sua dimensão depressiva da personalidade, evidenciam relação direta e moderada com a dimensão Psicoticismo, mas não evidenciam nenhuma relação com a dimensão Hostilidade – ao contrário do esperado pela literatura. Porém, atendendo que, uma das características típicas da depressão inibida é a forte inibição da agressividade, faz sentido que os homens da presente amostra não tenham pontuado na dimensão que avalia esta mesma característica. Mais ainda, no fator essencial, uma das características dos homens com esse tipo de depressão é a dificuldade em lidar ou expressar agressividade, indicando, também assim, uma possibilidade do porquê de anteriormente a dimensão Hostilidade ter sido pontuada de forma moderada.

Outra possível explicação para este resultado poderá ser a divergência entre estudos, pois contrariamente ao verificado pela literatura clínica, Winkler, Pjrerck e Siefried (2005) não encontraram evidências consistentes de que os homens experienciam maior raiva quando estão deprimidos, enquanto Betrus, Elmore, e Hamilton (1995) e, Molina et al. (2014), verificaram que são as mulheres que apresentam níveis mais elevados de irritabilidade e raiva.

Novamente, note-se ainda que, talvez possa existir uma mudança de paradigma (Addis, 2008; Addis & Mahalik, 2003; Mahalik & Cournoyer, 2000; Shepard, 2002), onde os homens desta amostra, por terem participado nesta investigação, estariam mais disponíveis e colaboradores, não subestimando a sua raiva enquanto sintoma

psicopatológico, utilizando, quiçá, o próprio estudo para a canalizarem e, assim, romperiam com as normas e ideologias tradicionalmente masculinas, o que faria com que a taxa de hostilidade nos homens fosse menos elevada neste estudo, dificultando, assim, a confirmação da hipótese.

De salientar que, em suma, nos homens desta amostra, os sintomas psicopatológicos que caracterizam os cinco fatores de funcionamento mental da dimensão depressiva da personalidade, são os depressivos – tal como acontece nas mulheres; este resultado também poderá justificar o porquê da primeira e segunda hipótese não terem sido confirmadas –, psicóticos e obsessivos-compulsivos, enquanto os sintomas psicopatológicos que menos os caracterizam, são os somáticos – tal como acontece nas mulheres – e, hostis, sendo ambos, não significativos no fator depressão inibida.

5.3. Exploração dos Modelos de Predição da Dimensão Depressiva da Personalidade através dos Sintomas Psicopatológicos para os Sexos

Atendendo ao carácter exploratório deste terceiro objetivo, nesta investigação, explorou-se que Sintomas Psicopatológicos (Dimensões Primárias do BSI) são preditores da Dimensão Depressiva da Personalidade (Resultado Total e Fatores do ITD), nos sexos feminino e masculino.

Nas mulheres do presente estudo, os sintomas psicopatológicos que caracterizam a própria dimensão e os cinco fatores de funcionamento mental da dimensão depressiva da personalidade, são os obsessivos-compulsivos, ansiosos e fóbicos. Assim, perante uma elevada sintomatologia obsessiva-compulsiva e ansiosa e, baixa sintomatologia fóbica, um destes tipos de depressão predominará enquanto funcionamento: essencial, inibida, de fracasso, perfeccionista, relacional ou, até mesmo, de dimensão depressiva da personalidade. Estes sintomas psicopatológicos traduzem e esclarecem o que é sentido por este grupo de mulheres, pois quer demonstrem uma componente da dimensão depressiva mais ansiosa, depressiva e pessimista (depressão essencial), mais esquizoide e imatura (depressão inibida), mais autocrítica, desvalorizante e incapaz (depressão de fracasso), mais rígida (depressão perfeccionista) ou, mais dependente e medrosa (depressão relacional) (Campos, 2015), pensamentos, ações e emoções inevitáveis, torná-las-ão facilmente tensas, enervadas e apreensivas, mas nenhum medo patognomónico e disruptivo persistente ou irracional as levará a serem evitantes (Canavarro, 2007).

Face aos sintomas psicopatológicos mencionados anteriormente, se as mulheres apresentarem ainda uma elevada sintomatologia paranóide, um destes tipos de depressão

predominará enquanto funcionamento: inibida, perfeccionista, relacional ou, até mesmo, de dimensão depressiva de personalidade. Assim, ao demonstrarem uma componente da dimensão depressiva mais esquizoide e imatura (depressão inibida), mais rígida (depressão perfeccionista) ou, mais medrosa e dependente (depressão relacional) (Campos, 2015), também pensamentos projetivos, hostilidade, desconfiança, sentimentos egocêntricos e de grandiosidade (Canavarro, 2007), encontrar-se-ão presentes nestas mulheres.

Todavia, apesar dos sintomas psicopatológicos comuns, também há sintomatologia diferenciadora e, por isso, caracterizante de cada tipo de depressão.

Pelo facto das mulheres com depressão essencial demonstrarem uma componente da dimensão depressiva da personalidade mais pessimista, depressiva e ansiosa (Campos, 2015), ao serem submissas e introvertidas, sem evidenciarem energia (adinamia) ou interesse (anedonia) e, preferindo o conformismo e a desistência de si para se adaptarem ao outro, face à dificuldade em lidar com agressividade (Campos, 2009) – relembrando a depressão introjetiva de Coimbra de Matos (2001, 2002) e a perturbação depressiva psiquiátrica (Campos, 2009) –, compreende-se que o sintoma psicopatológico diferenciador neste tipo de depressão seja o depressivo. Consequentemente, além de toda a sintomatologia que já se fazem acompanhar, muito obsessivas-compulsivas e ansiosas e pouco fóbicas, são também muito depressivas. Este último sintoma psicopatológico traduz e esclarece o que é sentido pelas mulheres desta amostra com este tipo de fator predominante na sua dimensão depressiva da personalidade, refletindo o grande número de possíveis depressões clínicas, ao caracterizarem-se por afeto e humor disfórico, falta de motivação e interesse pela vida, bem como, perda de energia vital (Canavarro, 2007).

Pelo facto das mulheres com depressão de fracasso demonstrarem uma componente da dimensão depressiva da personalidade mais desvalorizante de si própria e autocrítica (Campos, 2015), e ao serem pessimistas, sentem-se fracassadas, pouco amadas, desamparadas e vazias (Campos, 2009) – relembrando a depressão anaclítica de Blatt (Blatt, 1974; Blatt et al., 1982; Blatt & Maroudas, 1992) –, compreende-se que o sintoma psicopatológico diferenciador neste tipo de depressão seja o hostil. Consequentemente, além de toda a sintomatologia que já se fazem acompanhar, muito obsessivas-compulsivas e ansiosas e pouco fóbicas, são também muito hostis. Este último sintoma psicopatológico traduz e esclarece o que é sentido pelas mulheres desta amostra com este tipo de fator predominante na sua dimensão depressiva da personalidade, pois

por se sentirem tão sem valor, a sua forma de revolta é através de pensamentos, emoções e ações típicos do estado afetivo negativo da cólera (Canavarro, 2007).

Por fim, pelo facto das mulheres com depressão perfeccionista demonstrarem uma componente da dimensão depressiva da personalidade mais rígida (Campos, 2015), e ao serem masoquistas, sentem-se sem sucesso e sem amor-próprio (Campos, 2009) – relembrando a insuficiência da compleição narcísica e da severidade do supereu de Coimbra de Matos (Coimbra de Matos, 2001, 2002) –, compreende-se que o sintoma psicopatológico diferenciador neste tipo de depressão seja o psicótico. Consequentemente, além de toda a sintomatologia que já se fazem acompanhar, muito obsessivas-compulsivas, ansiosas e paranóides e pouco fóbicas, são também pouco psicóticas. Este último sintoma psicopatológico traduz e esclarece o que é sentido pelas mulheres desta amostra com este tipo de fator predominante na sua dimensão depressiva da personalidade, pois apesar da baixa autoestima e elevada crítica, isso não implica que se isolem ou tenham um estilo de vida esquizoide, com alucinações ou controlo de pensamento (Canavarro, 2007).

Nos homens do presente estudo, os sintomas psicopatológicos que caracterizam a própria dimensão e os cinco fatores de funcionamento mental da dimensão depressiva da personalidade, são os obsessivos-compulsivos e paranóides. Assim, perante uma elevada sintomatologia obsessiva-compulsiva e paranóide, um destes tipos de depressão predominará enquanto funcionamento: essencial, inibida, de fracasso, perfeccionista, relacional ou, até mesmo, de dimensão depressiva da personalidade. Estes sintomas psicopatológicos traduzem e esclarecem o que é sentido por este grupo de homens, pois quer demonstrem uma componente da dimensão depressiva mais ansiosa, depressiva e pessimista (depressão essencial), mais esquizoide e imatura (depressão inibida), mais autocrítica, desvalorizante e incapaz (depressão de fracasso), mais rígida (depressão perfeccionista) ou, mais dependente e medrosa (depressão relacional) (Campos, 2015), emoções, pensamentos e ações perseverantes, tornam-nos hostis, egocêntricos, desconfiados e com tendências imponentes (Canavarro, 2007).

Face aos sintomas psicopatológicos mencionados anteriormente, se os homens apresentarem ainda baixa sensibilidade interpessoal, um destes tipos de depressão predominará enquanto funcionamento: inibida, perfeccionista, relacional ou, até mesmo, de dimensão depressiva de personalidade. Assim, ao demonstrarem uma componente da dimensão depressiva mais esquizoide e imatura (depressão inibida), mais rígida (depressão perfeccionista) ou, mais medrosa e dependente (depressão relacional) (Campos,

2015), também sentimentos de inferioridade, inadequação pessoal, auto depreciação, hesitação, desconforto e timidez (Canavarro, 2007), encontrar-se-ão presentes nestes homens durante o contacto social com o outro.

Todavia, apesar dos sintomas psicopatológicos comuns, também há sintomatologia diferenciadora. Pelo facto dos homens com depressão relacional demonstrarem uma componente da dimensão depressiva da personalidade mais medrosa e dependente (Campos, 2015), ao serem ruminantes e sofridos, com remorsos e falta de energia, face à dificuldade em expressar agressividade (Campos, 2009) – relembrando a exigência pessoal, consequente obsessão face às dificuldades e a necessidade de perfeição nas relações pessoais de Campos (2009) –, compreende-se que o sintoma psicopatológico diferenciador neste tipo de depressão seja o ansioso e o psicótico. Consequentemente, além de toda a sintomatologia que já se fazem acompanhar, muito obsessivos-compulsivos, paranóides e com pouca sensibilidade interpessoal, são também muito ansiosos e pouco psicóticos. Estes últimos sintomas psicopatológicos traduzem e esclarecem o que é sentido pelos homens desta amostra com este tipo de fator predominante na sua dimensão depressiva da personalidade, pois apesar da elevada tensão, apreensão e nervosismo, isso não implica que se isolem ou tenham um estilo de vida esquizoide, com controlo de pensamento ou alucinações (Canavarro, 2007).

Em suma, salienta-se que, para ambos os sexos desta amostra, a componente da dimensão depressiva mais esquizoide e imatura (depressão inibida), é um dos fatores que compõe a dimensão depressiva da personalidade. Curiosamente, apesar dos sintomas psicopatológicos que o descrevem serem diferentes para cada sexo, os sintomas psicopatológicos obsessivos-compulsivos e paranóides são comuns, indicando que, tanto mulheres como homens, partilham os mesmos sintomas face a este mesmo fator de dimensão depressiva.

Conclusão

A dimensão depressiva da personalidade é um traço com fulcral importância no desenvolvimento da personalidade. É crucial compreender de que modo esta estrutura individual define a forma como cada indivíduo reage às mais diversas situações da sua vida, diferenciando o porquê de perante a mesma vivência, mulheres e homens apresentarem atitudes tão díspares e sintomas psicopatológicos tão diversificados, com variadas consequências a nível da sua saúde mental. Assim, a presente investigação contribui para a literatura enquanto evidência empírica ao alcançar uma conceptualização daquilo que é a dimensão depressiva da personalidade, dos sintomas psicopatológicos associados a esta e, do impacto que o fator sociodemográfico sexo tem na relação entre estes dois constructos.

Relativamente ao primeiro objetivo, não foram encontradas diferenças entre os sexos na dimensão depressiva da personalidade. Apesar da vasta literatura ir de encontro a este resultado, são também vários os estudos que o tentam explicar, sendo a presente investigação mais um contributo empírico para a população geral adulta.

Quanto ao segundo objetivo, os resultados não demonstraram diferenças entre os sexos na relação entre a dimensão depressiva da personalidade e os índices globais dos sintomas psicopatológicos, apesar das relações evidenciaram-se mais fortes para as mulheres. Os resultados encontrados para os fatores da dimensão depressiva da personalidade demonstraram relações significativas entre as dimensões primárias dos sintomas psicopatológicos. As mulheres do presente estudo demonstram uma componente da dimensão depressiva da personalidade mais depressiva, baseada no afeto e humor disfórico, com perda de motivação, de interesse pela vida e, de energia vital, vendo-se como inferiores e inadequadas quando comparadas com as outras pessoas. Evidentemente, que durante o contacto social, é inevitável sentirem-se hesitantes, desconfortáveis, tímidas e se auto depreciarem. Já os homens do presente estudo demonstram uma componente da dimensão depressiva da personalidade mais depressiva, baseada no afeto e humor disfórico, com perda de motivação, de interesse pela vida e, de energia vital, tendo pensamentos, ações e emoções inevitáveis, que os tornam facilmente tensos, enervados e apreensivos, isolando-se a nível interpessoal ou levando a um estilo de vida esquizoide (e.g., alucinações e controlo de pensamento).

Por fim, quanto ao terceiro objetivo, os resultados permitiram compreender quais sintomas psicopatológicos são preditores da dimensão depressiva da personalidade, para

cada um dos sexos. Para as mulheres do presente estudo, são os sintomas Obsessões-Compulsões, Ideação Paranóide, Ansiedade e Ansiedade Fóbica, que explicam 80% da dimensão depressiva da personalidade, sendo esta sintomatologia comum para a depressão inibida e relacional. Estas demonstram uma estrutura de carácter depressivo mais esquizoide, imatura, dependente e, com medo de abandono, onde os sintomas psicopatológicos que caracterizam as suas atitudes perante as adversidades de vida serão bastante obsessivos-compulsivos, paranóides e ansiosos, mas pouco fóbicos. Assim, à sua forma ambivalente, junta-se o lado ruminante e perfeccionista, que ora as deixa irritadas como extremamente dependentes face ao outro, sentindo-se, por isso, cansadas e com remorsos face à sua dificuldade em lidar com a agressividade, traduzindo o medo de não serem amadas em ansiedade. Enquanto para os homens do presente estudo, são os sintomas Obsessões-Compulsões, Ideação Paranóide e Sensibilidade Interpessoal, que explicam 76% da dimensão depressiva da personalidade, sendo esta sintomatologia comum para a depressão inibida e perfeccionista. Estes demonstram uma estrutura de carácter depressivo mais esquizoide, imatura e rígida, onde os sintomas psicopatológicos que caracterizam as suas atitudes perante as adversidades de vida serão bastante obsessivos-compulsivos, paranóides, mas com pouca sensibilidade interpessoal. Assim, à sua grandiosidade e egocentricidade, junta-se o lado ruminante e perfeccionista, que os leva a sentirem-se inadequados e hesitantes face aos sentimentos de inferioridade e timidez. Curiosamente, atendendo à literatura e aos resultados dos homens nas anteriores hipóteses, a sua baixa hostilidade e até mesmo inexistência significativa, não deixa de ser, uma vez mais, evidente no terceiro objetivo. Visto que a depressão inibida é caracterizante da dimensão depressiva da personalidade e, portanto, do funcionamento individual destes homens, uma possível explicação para estes resultados seria a camuflagem que a baixa sensibilidade interpessoal, resultante de uma agressividade inibida, poderia causar no sintoma psicopatológico hostilidade. Estes resultados e respetiva reflexão poderiam ser igualmente interessantes para investigações futuras.

Em suma, e atendendo a todos os resultados obtidos, o perfeccionismo, a dependência e o masoquismo seriam três grandes características da dimensão depressiva da personalidade das mulheres do presente estudo. A tríade de vulnerabilidades, a carência narcísica, a culpabilidade, a baixa autoestima, o humor depressivo, o *self* real diminuído, a autoimagem desvalorizada e a pequenez do autoconceito, são explicados pela enorme severidade e implacabilidade do supereu que compõem a dimensão depressiva da personalidade destas mulheres. Estas características remetem para uma

depressão mais anaclítica, de dependência, devido a um supereu precoce de origem materna e pré-edipiana, que leva estas mulheres a se preocuparem com situações interpessoais e com a atratividade percebida. Enquanto a inibição, a retração e a paranoia seriam três grandes características da dimensão depressiva da personalidade dos homens do presente estudo. Estes mecanismos defensivos do impulso, explicam, por conseguinte, o pessimismo e o temor pelo futuro, levando-os a serem menos sintomáticos, com depressões menos crónicas, mas a terem esta visão estável sob a forma como representam o mundo. Estas características remetem para uma depressão mais introjetiva, de autocrítica, devido a sentimentos mais baixos de competência para os homens, justificando-se assim, o porquê do lado mais esquizoide apresentado, face a uma depressão de origem primária/oral.

Concludentemente, a dimensão depressiva da personalidade é um conceito ainda pouco investigado e em ascensão, com consequências verdadeiramente fundamentais na vida do indivíduo, pelo que a investigação neste domínio revela implicações influentes enquanto evidência empírica e concetual. Compreender que os vários tipos de traços depressivos, em populações (não) clínicas, permitem identificar os indivíduos que podendo não estar deprimidos, podem, em todo o caso, estar em risco, é de relevância colossal para a prática clínica. A presente dissertação possibilitou ainda a verificação de que, os traços depressivos podem, de facto, prever a ocorrência de sintomas psicopatológicos, indo além de evidências teóricas e concetuais. Sendo uma das principais necessidades a realização de estudos normativos para o BSI, e atendendo à insuficiência de literatura para o dito, e mais ainda para o mesmo aplicado à população geral e portuguesa, este estudo contribui, *per si*, para a investigação perante este instrumento e enquanto estudo normativo com o mesmo. Todas estas implicações puderam contribuir para a melhoria de métodos científicos e terapêuticos, incluindo uma melhor capacidade de diagnóstico e melhor adaptação dos tratamentos oferecidos em saúde mental, à população geral adulta.

O presente estudo apresenta algumas limitações. É importante referir a dificuldade encontrada na procura de estudos para uma formulação teórica adequada e conveniente à investigação. Uma outra limitação é o viés metodológico pelo facto deste estudo ter empregue somente medidas de autorrelato, as respostas poderão estar sujeitas a questões de desejabilidade social, influenciando os resultados perante algo que não está totalmente controlado. Por fim, uma limitação igualmente importante é o viés da amostra, em termos dos sexos. Em termos da metodologia estatística, na análise de regressão linear, as

variáveis sociodemográficas (e.g., idade, escolaridade) não foram controladas, o que poderá ter tido alguma influência nos dados em análise. Finalizando, note-se que, mais pesquisas sobre o tema são necessárias para um conhecimento sólido. Futuros estudos deveriam considerar a necessidade de evidências empíricas para estes constructos. Igualmente, interessante seria comparar este estudo, que tem como amostra uma população geral adulta, com um estudo que tenha como amostra população clínica, e verificar que diferenças são obtidas. Diferenças de sexo são encontradas na maioria das Culturas e etnias, mas as suas proporções variam consideravelmente, consequentemente, seria pertinente incluir diferentes variáveis sociodemográficas (e.g., Cultura, etnia, nível socioeconómico, estado civil), para verificar como contribuem e afetam a dimensão depressiva da personalidade na relação com os sintomas psicopatológicos e o sexo. Curiosamente, nesta investigação, a dimensão depressiva da personalidade foi caracterizada por sintomas psicopatológicos semelhantes aos fatores que compõem a dimensão depressiva da personalidade, portanto, perceber se esta catalogação é de facto empírica ou apenas teórica, seria também algo aliciante para investigações futuras.

Referências Bibliográficas

- Abramowitz, J. S., Storch, E. A., Keeley, M., & Cordell, E. (2007). Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: What is the role of cognitive factors?. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2257-2267. doi: 10.1016/j.brat.2007.04.003
- Addis, M. E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 153-168. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00125.x
- Addis, M. E., & Cohane, G. H. (2005). Social scientific paradigms of masculinity and their implications for research and practice in men's mental health. *Journal of Clinical Psychology*, 61(6), 1-15. doi: 10.1002/jclp.20099
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.5
- Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M., & Yerevanian, B. I. (1983). The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Archives of General Psychiatry*, 40(7), 801-810. doi: 10.1001/archpsyc.1983.01790060099013
- Alexandrino-Silva, C., Wang, Y. P., Viana, M. C., Bulhões, R. S., Martins, S. S., & Andrade, L. H. (2013). Gender differences in symptomatic profiles of depression: Results from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 147(1), 355-364. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.041
- Almeida, O. P., Draper, B., Pirkis, J., Snowden, J., Lautenschlager, N. T., Byrne, G., ... & Pfaff, J. J. (2012). Anxiety, depression, and comorbid anxiety and depression: Risk factors and outcome over two years. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1622-1632. doi: 10.1017/S104161021200107X
- Almeida-Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M. J., Aquino, E., James, S. A., & Kawachi, I. (2004). Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: Interactions of gender, ethnicity, and social class. *Social Science & Medicine*, 59(7), 1339-1353. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.11.037

- Altman, J. H., & Wittenborn, J. R. (1980). Depression-prone personality in women. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(3), 303-308. doi: 10.1037/0021-843X.89.3.303
- Associação Psiquiátrica Americana (2014). *DSM-5-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi (Obra original publicada em 2013).
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., & Schuller, D. R. (2003). Depressive personality disorder: A critical overview. *Current psychiatry reports*, 5(1), 16-22. doi: 10.1039/b808257j
- Betrus, P. A., Elmore, S. K., & Hamilton, P. A. (1995). Women and somatization: Unrecognized depression. *Health Care for Women International*, 16(4), 287-297. doi: 10.1080/07399339509516182
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157. doi:10.1080/00797308.1974.11822616
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(8), 449-458. doi: 10.1097/00005053-199108000-00001
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383-389. doi: 10.1037/0021-843X.85.4.383
- Blatt, S. J., & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9(2), 157-190. doi: 10.1037/h0079351
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(1), 113-124. doi: 10.1037/0022-006X.50.1.113
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Pilkonis, P. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the NIMH Treatment of

- Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 162-171. doi: 10.1037/0022-006X.64.1.162
- Brown, D. R., Ahmed, F., Gary, L. E., & Milburn, N. G. (1995). Major depression in a community sample of African Americans. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3), 373-378. doi: 10.1176/ajp.152.3.373
- Campos, R. C. (2009). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, R. C. (2015). *Inventário de Traços Depressivos: Manual Técnico*. Universidade de Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II; pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. Almeida (Coords.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III). Coimbra: Quarteto Editora.
- Chakraborty, K., Avasthi, A., Grover, S., & Kumar, S. (2010). Functional somatic complaints in depression: An overview. *Asian Journal of Psychiatry*, 3(3), 99-107. doi: 10.1016/j.ajp.2010.07.003
- Chevron, E. S., Quinlan, D. M., & Blatt, S. J. (1978). Sex roles and gender differences in the experience of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(6), 680-683. doi: 10.1037/0021-843X.87.6.680
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 31-336. doi: 10.1037/0021-843X.100.3.316
- Cofer, D. H., & Wittenborn, J. R. (1980). Personality characteristics of formerly depressed women. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(3), 309-314. doi: 10.1037/0021-843X.89.3.309
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. NY: Routledge.

- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O desespero: Aquém da depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Davidson, J., Zisook, S., Giller, E., & Helms, M. (1989). Symptoms of interpersonal sensitivity in depression. *Comprehensive Psychiatry*, 30(5), 357-368. doi: 10.1016/0010-440X(89)90001-1
- Derogatis, L. R. (1982/1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Fava, M., Hwang, I., Rush, A. J., Sampson, N., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2010). The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 856-867. doi: 10.1038/mp.2009.20
- Fava, M., Nolan, S., Kradin, R., & Rosenbaum, J. (1995). Gender differences in hostility among depressed and medical outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(1), 10-14. doi: 10.1097/00005053-199501000-00003
- Fava, M., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Pava, J., & Rosenbaum, J. F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 97-102. doi: 10.1016/S0010-440X(00)90140-8
- Hamilton, M. (1989). Frequency of Symptoms in Melancholia (Depressive Illness). *The British Journal of Psychiatry*, 154(2), 201-206. doi: 10.1192/bjp.154.2.201
- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 221-229. doi: 10.1037/0021-843X.106.2.221
- Keita, G. P. (2007). Psychosocial and cultural contributions to depression in women: Considerations for women midlife and beyond. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 13, 12-15. doi: 10.18553/jmcp.2007.13.9-a.12
- Kernberg, O. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 800-822. doi: 10.1177/000306517001800403

- Kernberg, O. (1988). Clinical dimensions of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 1005-1029. doi: 10.1177/000306518803600407
- Kessler, R.C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00426-3
- Levav, I., Kohn, R., Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Skodol, A. E., Schwartz, S., ... & Naveh, G. (1993). An epidemiological study of mental disorders in a 10-year cohort of young adults in Israel. *Psychological Medicine*, 23(3), 691-707. doi: 10.1017/S0033291700025472
- Lowenthal, K. M., Goldblatt, V., & Gorton, T. (1995). Gender and depression in Anglo-Jewry. *Psychological Medicine*, 25(5), 1051-1063. doi: 10.1017/S0033291700037545
- Mahalik, J. R., & Cournoyer, R. J. (2000). Identifying gender role conflict messages that distinguish mildly depressed from nondepressed men. *Psychology of Men & Masculinity*, 1(2), 109-115. doi: 10.1037/1524-9220.1.2.109
- Mahalik, J., Locke, B. D., Ludlow, H., Diemer, M. A., Scott, R. P. J., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the conformity to masculine norms inventory. *Psychology of Men and Masculinity*, 4(1), 3-25. doi: 10.1037/1524-9220.4.1.3
- Marcus, S. M., Young, E. A., Kerber, K. B., Kornstein, S., Farabaugh, A. H., Mitchell, J., ... & Rush, A. J. (2005). Gender differences in depression: Findings from the STAR*D study. *Journal of Affective Disorders*, 87(2), 141-150. doi: 10.1016/j.jad.2004.09.008
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: ReportNumber
- McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person. *Journal of Personality*, 63, 365-396. doi: 10.1111/j.1467-6494.1995.tb00500.x
- McAdams, D. P., & Pals, J. I. (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61, 204-217. doi: 10.1037/0003-066X.61.3.204
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of

- illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006
- Molina, M. A. L., Jansen, K., Drews, C., Pinheiro, R., Silva, R., & Souza, L. (2014). Major depressive disorder symptoms in male and female young adults. *Psychology, Health & Medicine*, 19(2), 136-145. doi: 10.1080/13548506.2013.793369
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54(5), 49-52. doi: 10.1016/j.metabol.2005.01.01
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176. doi: 10.1111/1467-8721.00142
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072. doi: 10.1037/0022-3514.77.5.1061
- Perugi, G., Musetti, L., Simonini, E., Piagentini, F., Cassano, G. B., & Akiskal, H. S. (1990). Gender-mediated clinical features of depressive illness: The importance of temperamental differences. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 835-841. doi: 10.1192/bjp.157.6.835
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492. doi: 11102321
- Quarantini, L. C., Torres, A. R., Sampaio, A. S., Fossaluza, V., de Mathis, M. A., Rosário, M. C., ... & Hounie, A. G. (2011). Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 386-393. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.09.006
- Riley, W. T., Treiber, F. A., & Woods, M. G. (1989). Anger and hostility in depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(11), 668-674. doi: 10.1097/00005053-198911000-00002
- Rush, A. J., Zimmerman, M., Wisniewski, S. R., Fava, M., Hollon, S. D., Warden, D., ... & Thomas, B. (2005). Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: Demographic and clinical features. *Journal of Affective Disorders*, 87(1), 43-55. doi: 10.1016/j.jad.2005.03.005

- Ryder, A. G., Bagby, R. M., & Schuller, D. R. (2002). The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: A categorical problem with a dimensional solution. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(6), 337-352. doi: 10.1080/10673220216230
- Sayar, K., Kirmayer, L. J., & Taillefer, S. S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), 108-114. doi: 10.1016/S0163-8343(02)00277-3
- Shepard, D. S. (2002). A negative state of mind: Patterns of depressive symptoms among men with high gender role conflict. *Psychology of Men & Masculinity*, 3(1), 3-8. doi: 10.1037/1524-9220.3.1.3
- Silverstein, B. (1999). Gender difference in the prevalence of clinical depression: The role played by depression associated with somatic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 480-482. doi: 10.1176/ajp.156.3.480
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329-1335. doi: 10.1056/NEJM199910283411801
- Stoolmiller, M., Kim, H. K., & Capaldi, D. M. (2005). The course of depressive symptoms in men from early adolescence to young adulthood: Identifying latent trajectories and early predictors. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 331-345. doi: 10.1037/0021-843X.114.3.331
- Urbán, R., Kun, B., Farkas, J., Paksi, B., Kökönyei, G., Unoka, Z., ... & Demetrovics, Z. (2014). Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. *Psychiatry Research*, 216(1), 146-154. doi: 10.1016/j.psychres.2014.01.027
- Vaccarino, A. L., Sills, T. L., Evans, K. R., & Kalali, A. H. (2008). Prevalence and association of somatic symptoms in patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 270-276. doi: 10.1016/j.jad.2008.01.009
- van Noorden, M. S., Giltay, E. J., den Hollander-Gijsman, M. E., van der Wee, N. J., van Veen, T., & Zitman, F. G. (2010). Gender differences in clinical characteristics in

a naturalistic sample of depressive outpatients: The Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Journal of Affective Disorders*, 125(1), 116-123. doi: 10.1016/j.jad.2009.12.007

Warren, L. W. (1983). Male intolerance of depression: A review with implications for psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 3(2), 147-156. doi: 10.1016/0272-7358(83)90009-0

Wieland, J., & Zitman, F. G. (2016). Brief Symptom Inventory symptom profiles of outpatients with borderline intellectual functioning and major depressive disorder or posttraumatic stress disorder: Comparison with patients from regular mental health care and patients with Mild Intellectual Disabilities. *Research In Developmental Disabilities*, 153-159. doi:10.1016/j.ridd.2016.01.007

Winkler, D., Pjrek, E., & Siefried, K. (2005). Gender-specific symptoms of depression and anger attacks. *Journal of Men's Health and Gender*, 3(1), 19-24. doi: 10.1016/j.jmhg.2005.05.004

Wool, C. A., & Barsky, A. J. (1994). Do women somatize more than men?: Gender differences in somatization. *Psychosomatics*, 35(5), 445-452. doi: 10.1016/S0033-3182(94)71738-2

Zimmerman, M., Chelminski, I., & McDermut, W. (2002). Major depressive disorder and axis I diagnostic comorbidity. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(3), 187-193. doi: 10.4088/JCP.v63n0303

Anexo



Consentimento Informado

O meu nome é (Nome do Aluno do Mestrado Integrado em Psicologia) e estou a realizar uma investigação em Psicologia Clínica, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação do(a) Professor(a) (Nome do Orientador do Aluno do Mestrado Integrado em Psicologia).

As temáticas abordadas relacionam-se com a Personalidade e Psicopatologia.

Solicita-se, deste modo, a sua participação através da resposta a (9) nove questionários, onde não existem respostas corretas ou incorretas. O importante é que elas reflitam a sua experiência.

A resposta aos questionários deverá demorar cerca de uma hora e meia e pode sempre desistir, caso seja a sua vontade.

Os dados recolhidos serão tratados globalmente e apresentados com total confidencialidade. Se assim o desejar, após o término da investigação, poderá ser-lhe fornecida uma breve informação sobre os resultados da mesma, através do número de telefone (Contato do Aluno do Mestrado Integrado em Psicologia) ou e-mail: (E-mail do Aluno do Mestrado Integrado em Psicologia).

Ao assinar este consentimento, declara ter 18 ou mais anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

_____ de _____ de 201__

.....

(assinatura)